FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Robert DIDIER

ANCIEN INTERNE EN CHIRURGIE DE L'HÔPITAL PÉAN
ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX
ANCIEN PRÉPARATEUR-ADJOINT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE
NÉ LE 4 FÉVRIER 1885 A PORT-SUR-SAÔNE (HAUTE-SAÔNE)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

CURE RADICALE

DE LA

HERNIE CRURALE

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS ET AVANTAGES DU PROCÉDÉ DE PROUST ET GUIBÉ MODIFIÉ

Président : M. KIRMISSON

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1912

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL, TESSIER
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	CHAUFFARD, GILBERT, DEBOVE, LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, RECLUS, SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	N...
Clinique d'accouchements	BAR, PINARD, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR E. KIRMISSON

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DES ENFANTS MALADES
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET A LA FACULTÉ

A M. le Docteur Michaux. — A M. le Docteur Le Gendre.

A M. le Professeur Poirier (*in memoriam*),
chirurgien de Lariboisière.

A M. le Docteur Humbert,
chirurgien de Cochin-annexe (*externat*).

A M. le Professeur Kirmisson,
chirurgien des Enfants-Malades (*externat*).

A M. le Professeur agrégé Sébileau,
chirurgien de Lariboisière (*externat*).

A M. le Docteur Muselier,
médecin de l'Hôtel-Dieu (*externat*).

A M. le Docteur Cantonnet,
ophtalmologiste de l'hôpital Cochin (*externat*).

A M. le Docteur Brochin,
chirurgien de l'hôpital Péan (*internat*).

A M. le Docteur Rousseau,
chirurgien de l'hôpital Péan (*internat*).

A M. le Professeur Pinard,
accoucheur de la clinique Baudelocque.

A M. le Professeur Prenant,
professeur d'Histologie à la Faculté.

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A M. le Docteur Carnot. — A M. le Docteur Brault.

A M. le Docteur Le Bec. — A M. le Docteur Noël Hallé.

A M. le Docteur Huguier. — A M. le Docteur Leuret.

A M. le Docteur Delaunay.

A M. le Docteur Herbet (*in memoriam*). — A M. le Docteur Veau.

A M. le Docteur Dujarrier. — A M. le Docteur Lemaitre.

A M. le Docteur Cunéo. — A M. le Docteur Chifoliau.

A M. le Docteur Auffret. — A M. le Docteur Gasne.

AVANT-PROPOS

L'idée de reprendre l'étude de la cure radicale de la hernie crurale par le procédé de Proust et Guibé nous a été donnée par le Dr Georges Küss, prosecteur de la Faculté.

Depuis l'article du 5 mars 1904 de la *Presse médicale*, quelques auteurs se sont attardés à l'étude du procédé, mais on n'a fait, jusqu'à présent, aucun travail en offrant les résultats éloignés ; et cette cure, un peu abandonnée, nous semble digne d'un meilleur sort.

Nous avons recueilli un certain nombre d'observations, le Dr Küss, qui a modifié le procédé, nous a donné les siennes ; il nous a guidé au cours de ce travail ; nous l'en remercions bien sincèrement.

Avant d'aborder le sujet de notre étude, nous apporterons à nos maîtres nos remerciements : à quelques-uns d'entre eux en particulier ira notre reconnaissance.

Nous avons eu l'honneur d'être pendant un an aux Enfants malades l'élève de M. le Pr Kirmisson : il veut bien accepter aujourd'hui la présidence de notre thèse. Jamais nous n'oublierons les leçons de ce maître incomparable et nous le remercions d'avoir si souvent bien voulu nous donner des marques de sa sympathie.

Que M. le Dr Paul Michaux, qui fut à Beaujon notre premier maître en 1904, nous permette de le remercier tant de son enseignement que de l'amitié que toujours il nous a témoignée et des innoubliables services qu'il nous a rendus.

Nos derniers maîtres enfin, M. le Dr Brochin et M. le Dr Rousseau, qui nous ont accueilli avec tant de bonté, ont tous les titres à notre reconnaissance.

Le travail de chaque jour que nous continuons ensemble nous permettra d'apprendre beaucoup encore à leur école, et nous leur garderons un éternel attachement.

Que MM. les Drs Pierre Duval, Proust et Guibé, nous permettent de les remercier de la bienveillance avec laquelle ils nous ont aidé dans ce travail, soit par leurs observations, soit par leurs conseils.

Nous n'oublierons pas M. Warisse qui a bien voulu exécuter nos dessins.

APERÇU ANATOMIQUE DE LA RÉGION CRURALE ET CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA HERNIE CRURALE

Les hernies crurales, désignées en 1665 par Nicolas Lequin, puis par Philippe Verheyen, sous le nom de mérocèles, furent successivement étudiées par Barbette, Garengeot et Mauchart, Bassuel et Arnaud, enfin, précisées par A. de Gimbernat en 1793.

Depuis cette époque, Scarpa, puis J. Clocquet, Malgaigne, Gosselin, Richet, Cooper, Berger, d'autres encore, ont nettement établi leurs caractères anatomiques.

Ce sont en général de petites tumeurs arrondies, dures, « marronées », qui s'engagent dans la loge interne du canal crural, en refoulant devant elles le septum crural qui constitue le point le plus faible du plan qui sépare la cavité abdominale du canal crural.

Ce sont presque toujours des hernies de faiblesse.

Leur cure radicale nécessite l'oblitération du trajet herniaire, autrement dit, l'occlusion de l'infundibulum crural.

Nous ne dirons rien de leur étiologie.

Tous les auteurs s'accordent pour les décrire comme une affection de l'âge adulte, plus fréquente chez la femme dont le canal crural est plus large que chez l'homme.

Gosselin (1) dit « qu'on n'observe pas la hernie crurale dans l'enfance ».

Berger (2) ne rapporte qu'un cas de ces hernies chez le fœtus d'après E. Cushier (3).

Pour Kirmisson (4), les hernies crurales peuvent être rencontrées chez les enfants, mais ne doivent être considérées que comme d'infimes exceptions.

Enfin, Championnière (5) en cite un cas opéré par lui chez un petit garçon de 6 ans.

Sans nous attarder à décrire la région crurale dont on trouve dans tous les traités classiques une idée si complète et si claire, nous ferons simplement ressortir certains points d'anatomie qui nous semblent avoir une importance capitale, lorsqu'on veut pratiquer une cure radicale de hernie crurale.

L'orifice qui livre passage à la hernie est en rapport :

1° En dedans, avec le bord concave du ligament de Gimbernat ;

(1) Gosselin. *Leçons sur les hernies abdominales*, recueillies par L. Labbé, Paris, 1865, p. 398.

(2) Berger. *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, t. VI, p. 750, 1892.

(3) Cushier (E.). *Medical Record*, New-York, 1892, t. XLI, p. 471.

(4) Kirmisson (E.). *Précis de chirurgie infantile*, 1906, p. 145.

(5) In th. A. Termet. *Consid. sur la hernie crurale. Sa cure radicale par le procédé de J.-L. Championnière*, Paris, 1898.

2° En dehors, avec la veine fémorale et la gaine vasculaire ;

3° En avant, avec le ligament de Poupart ;

4° En arrière, avec le bord antérieur du pubis.

Entre la gaine des vaisseaux et le bord libre du ligament de Gimbernat, nous avons un espace plus ou moins comblé par des ganglions lymphatiques ou de la graisse (c'est par cet espace que sort presque toujours la hernie).

Quand la hernie a franchi l'orifice, elle arrive dans l'infundibubum fémorali vasculaire de Thompson, qui devient un canal, le canal crural, lorsqu'un sac herniaire s'y insinue. Ce canal a pour limites : en avant le fascia crebriformis, en arrière et en dedans, l'aponévrose du pectiné, en dehors, la veine fémorale.

Dans la cure radicale de la hernie crurale, les récidives ont toujours été plus fréquentes que dans celle de la hernie inguinale, quoique l'opération ne soit pas plus difficile dans un cas que dans l'autre.

Cela tient à la grande difficulté que l'on a en opérant une hernie crurale, d'obtenir une paroi solide, n'ayant à utiliser que deux parois rigides : la surface pectinéale et le bord du ligament de Gimbernat, dont la résistance est très variable, et qui est particulièrement friable dans les cas de hernie — une tout à fait inutilisable, la paroi externe avec la veine fémorale — enfin l'arcade de Fallope, solide, mais difficile à mobiliser.

Toujours est-il que notre opération ne réussira qu'autant que la fermeture du point faible qui a servi de porte de sortie à la hernie sera parfaite, et que le

moignon péritonéal opéré en sera suffisamment éloigné.

Et ce résultat n'est pas toujours facile à obtenir, car, si l'on peut, pour les petites hernies, arriver à accoler l'arcade crurale à l'aponévrose du pectiné, et obtenir ainsi une paroi résistante, il n'en est plus de même pour ces énormes hernies remplies d'intestin, d'épiploon, celles pour lesquelles, selon Kramer « toute tentative de fermer cette ouverture par des sutures échouera toujours ».

Quoi qu'il en soit, la hernie crurale est un bon terrain pour la cure radicale. La fréquence de son étranglement expose le sujet qui la porte à un danger constant. — On n'opérera les diabétiques, les albuminuriques et les tuberculeux qu'en cas d'étranglement, où quand, par son volume ou son irréductibilité, la hernie mettra en danger les jours du malade. Nous nous garderons également d'intervenir chez les vieillards cachectiques, chez les individus à hernies multiples, atteints de la maladie herniaire. A ceux-là, il sera préférable de faire porter un bandage, car la récidive serait une conséquence presque fatale du traitement sanglant.

DES DIVERS PROCÉDÉS EMPLOYÉS POUR LA CURE RADICALE DE LA HERNIE CRURALE

Nous ne suivrons pas, dans cet exposé rapide des procédés, d'ordre chronologique d'après la date de leur apparition, mais nous les examinerons en les divisant d'après les voies proposées par les auteurs pour aborder la hernie crurale : voie crurale, voie inguinale et voie abdominale.

A. — La voie crurale.

On peut oblitérer l'anneau crural :

1° En utilisant le fascia crebriforme. C'est le procédé de J.-L. Championnière (1), qui reforme ainsi sa paroi :

Avec l'aiguille de Reverdin, tenue parallèlement à l'axe de la cuisse pour éviter la blessure de la veine fémorale, et dirigée de bas en haut, il fait une prise

(1) In A. Termet. *Cons. sur la h. cr. Sa cure rad. par le pr. de J.-L. Champ.*, thèse, Paris, 1898.

dans l'aponévrose du pectiné, le plus près possible de la crête pectinéale. Il traverse le lambeau interne du fascia crebriforme, en dedans et en bas, près de la pince de Kocher, placée au début sur le fascia crebriforme, puis passe un catgut qu'il ne noue pas immédiatement, fait une seconde prise sur le pectiné à quelques millimètres en dehors et traverse le lambeau externe du fascia crebriforme en un point symétrique du premier. On passe un second fil et un troisième, on lie les catguts, et on peut voir alors le feuillet fibreux du fascia crebriforme se tendre au niveau de l'anneau qu'il oblitère.

2° On peut oblitérer l'anneau crural, en rapprochant l'arcade fémorale de l'aponévrose du pectiné. C'est le procédé de Berger (1), employé par la majorité des chirurgiens, dans la cure des hernies crurales.

On fait une incision cutanée verticale, passant au niveau de l'anneau crural, le long du bord interne de la veine, descendant jusqu'à la partie inférieure de la hernie, remontant en haut à 3 centimètres au-dessus de l'arcade de Fallope. Le sac isolé, ouvert, lié, et son pédicule fixé, Berger ferme ainsi le canal : Avec une aiguille mousse, un fil de soie est passé sous l'aponévrose pectinéale de manière que ses extrémités ressortent dans l'anneau crural, l'interne près du ligament de Gimbernat, l'externe en dedans de la veine fémorale. Le chef externe est repris par une aiguille qu'on enfonce dans l'arcade crurale, vers la limite externe de l'anneau

(1) Berger. *Soc. chirurgie*, 1892, 4 mars. *Bull. méd.*, 1895, p. 503.

crural. On fait ressortir le fil en perforant de nouveau l'arcade crurale à ce niveau. On a ainsi une boucle qui serre la partie la plus supérieure de l'aponévrose du pectiné et le bord inférieur de l'arcade crurale sur toute la largeur de l'anneau crural. On fixe les deux chefs par un nœud et on ferme l'anneau. On n'a plus qu'à placer deux ou trois points en avant du précédent, réunissant les parties de l'aponévrose du pectiné situées plus bas avec des portions de l'arcade et de l'aponévrose du grand oblique situées plus haut.

Ce procédé a été modifié par Arrou (1) de la façon suivante :

1° Incision verticale ;

2° Isolement du sac ;

3° Ouverture du sac ;

4° Traitement du contenu du sac ;

5° Traitement du sac (ligature et fixation) ;

6° Réfection de la paroi. Avec une aiguille mousse de Reverdin, on passe de dehors en dedans un fil de fort catgut à travers le muscle pectiné, de manière que l'un des chefs ressorte du muscle et de son aponévrose au niveau de la veine fémorale, l'autre chef ressort en dedans, tout près de l'épine pubienne. Ce fil embrasse toute l'épaisseur du pectiné jusqu'au périoste. Le chef interne est repris avec l'aiguille qui a ponctionné la paroi abdominale à 2 ou 3 centimètres au-dessus du bord de l'arcade fémorale, un peu au-dessus et en dehors de

(1) In M. Autefage. Thèse, Paris, 1905. *Valeur comp. des proc. de la Cure rad. des h. cr. et ing.*, p. 104.

l'épine pubienne. Il est passé à travers la paroi. Le chef externe est repris de même par l'aiguille qui a ponctionné la paroi abdominale, toujours à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'arcade, mais au niveau de la veine fémorale qu'il rase; comme l'autre, il est passé à travers la paroi.

On a ainsi une anse de catgut dont la partie moyenne soulève le pectiné et son aponévrose, dont les deux extrémités sortent à travers la paroi abdominale. Quand on noue ces deux chefs, l'aponévrose du grand oblique, les bords inférieurs des muscles du petit oblique et transverse s'abaissent vers le pectiné.

Le canal crural est ainsi parfaitement oblitéré et avec lui les sinus préfémoral et fémoral interne de Chaput.

Le procédé de Bassini (1) se rapproche de celui de Berger. Il unit l'arcade crurale à l'aponévrose qui recouvre la crête pectinéale au ligament falciforme, et ne place pas de sutures plus haut que l'orifice péritonéal du canal crural.

Fabricius (2) détache une lamelle aponévrotique de l'arcade crurale, et il la suture au périoste de l'arcade pubienne ; il comprend dans la réunion les insertions du pectiné et son aponévrose.

Delagénière (3) incise l'arcade crurale dans toute sa hauteur, au niveau de l'anneau crural, et réunit les bords de la section à la branche horizontale du pubis. Il passe

(1) Bassini. *Arch. für klin. Chir.*, 1894, t. XLVII, p. 1, 25.
(2) Fabricius. *Centralblatt für Chir.*, t. XVI, 1894, p. 12.
(3) Delagénière. *Arch. prov. de chir.*, 1896.

pour cela trois catguts de l'aponévrose du pectiné, la bandelette ilio-pubienne et le périoste à l'arcade, près du point où elle a été coupée. Les fils noués, on voit l'arcade s'affaisser, ses lèvres sectionnées sont ainsi entraînées vers le pubis, laissant un espace triangulaire à sommet supérieur et antérieur peu considérable.

Roux (1), de Lausanne, et Pauchet (2), après résection du sac et écartement des vaisseaux fémoraux en dehors, fixe le ligament de Poupart à la crête pectinéale avec un clou de tapissier en U ou une agrafe en V. Il enfonce ce clou perpendiculairement et profondément dans l'os, et modérément pour ne pas nécroser les fibres aponévrotiques, en évitant d'écraser le ligament de Poupart. Pendant ces manœuvres, le doigt refoule en dehors et protège la veine fémorale. Les clous doivent être placés de façon que l'arcade ne comprime pas la veine. Lorsque l'orifice herniaire est trop considérable, on utilise deux clous.

3° On rapproche de l'aponévrose du pectiné, non seulement l'arcade fémorale, mais encore les muscles petit oblique et transverse. C'est le procédé de Guibé et Proust (3) dont nous donnerons tout à l'heure la technique complète.

4° On oblitère l'anneau crural au moyen d'un lam-

(1) Roux. *Congrès de Chir.* Rés. de la cure rad. de la h. cr. par le proc. du clou.

(2) Pauchet. Cure rad. de la h. crur. par le proc. du clou. *La Clinique*, 1906, p. 357.

(3) Guibé et Proust. *Presse médicale*, 6 mars 1904.

beau autoplastique, peut-être aponévrotique, musculaire, ostéopériostisque.

α) Les procédés myoplastiques, à lambeau aponévrotique et musculaire sont ceux de :

Salzer (1), d'Utrecht, qui taille un lambeau quadrilatère, à la base supérieure, correspondant à la crête pectinéale, et à sommet inférieur comprenant non seulement l'aponévrose, mais les fibres superficielles du pectiné, et le relève autour de sa base, de bas en haut, pour le suturer à l'arcade crurale.

Watson-Cheyne (2) prend un lambeau musculaire dans le pectiné. La hernie réduite, il suture le collet du sac, le fixe à la paroi, il taille ensuite dans le pectiné un lambeau suffisant pour remplir sans tension le canal crural, et d'une épaisseur égale à tout le muscle. Aux deux angles inférieurs du lambeau, il met deux fils, détache le lambeau de l'os, le relève, et vient passer ses fils, l'un, le plus interne, derrière le ligament de Poupart — fixe ce fil à la paroi abdominale plus haut que le ligament — le second fil est fixé sur le ligament : le canal est ainsi complètement fermé par une masse musculaire qui ne tarde pas à contracter des adhérences avec les parois du canal.

Schwartz (3), après une incision verticale sur la hernie, le sac lié, met à nu la gaine des adducteurs de la cuisse, l'ouvre et taille dans le moyen adducteur un lambeau large, plus large que l'orifice à combler, de

(1) Salzer. *Centralbl. für Chir.*, 20 août 1892, p. 807.
(2) W. Cheyne, *Th. Lancet*, 5 nov. 1892, I, p. 1039.
(3) Schwartz in Gesland. Thèse, Paris, 1897.

manière qu'il soit un peu plus grand que l'anneau une fois disséqué et rétracté. Ce lambeau a la forme d'un U dont l'ouverture regarde l'insertion du moyen adducteur. Le lambeau disséqué, on le retourne de manière que sa face superficielle devienne face profonde, et on l'enchâsse dans l'anneau crural, le suturant avec une soie à l'arcade crurale, à la gaine des vaisseaux et à l'aponévrose du pectiné. On referme la gaine des adducteurs et on suture la peau.

De Garay (1), de Mexico, emprunte le lambeau au couturier, pratique une incision longitudinale le long du bord interne du muscle qu'il découvre, le divise en deux moitiés par une incision longitudinale parallèle à ses fibres, sectionne perpendiculairement la moitié interne de manière à obtenir un lambeau interne longitudinal; fait ensuite une incision de la peau unissant celle qui a été pratiquée au niveau de la hernie à celle qui a découvert le muscle, ces incisions représentant une H irrégulière. Il porte ensuite le lambeau musculaire dans l'incision transversale, suture l'extrémité du lambeau musculaire à l'arcade crurale, au ligament de Gimbernat et au pectiné; enfin suture la peau.

6) Les procédés qui emploient le lambeau ostéopériostique sont ceux de :

Trendelenburg dont le procédé est décrit par Hackenbruck (2) qui fait une incision en L, extirpe le sac, et coupe les insertions des muscles droits de l'ab-

(1) A. de Garay. *Sem., Méd.*, 23 déc. 1896, p. 516 (Congrès Panaméricain).

(2) Hackenbruck. *Beiträge zur chir. Klin.*, 1893-94, p. 779.

domen à la partie horizontale du pubis, les fibres du droit interne et du grand adducteur le long de la branche descendante du pubis, détache avec un ciseau un lambeau ostéopériostique, d'une largeur de 2 centimètres et d'une épaisseur de quelques millimètres ; on renverse le lambeau de façon que sa face sanglante regarde en avant ; sa base se fracturant, le périoste seul est en continuité avec le pubis, on fixe le lambeau au ligament de Fallope.

Poullet (1) prend sur le pubis et l'aponévrose du moyen adducteur un lambeau fibro-périostique, et obture ainsi l'orifice herniaire.

B. — La voie inguinale
(autrefois préconisée par Cooper) (2).

Depuis 1896, la cure radicale de la hernie crurale par la voie inguinale est devenue classique. Elle est utilisable plutôt chez l'homme que chez la femme. « Ce procédé, en pense Berger (3), à l'inconvénient d'ouvrir le trajet inguinal et doit rester un procédé d'exception. Il convient particulièrement aux épiplocèles adhérentes, à cause de l'accès très facile qu'il donne vers l'infundibulum herniaire. Il pourrait être employé avec profit

(1). Poullet. *Congrès méd. internal.*, Rome, 1894.

(2). Cooper. *Traité des hernies de l'abdomen.* Traduction de Chassaignac, p. 2837.

(3) Berger. In Duplay et Reclus, 1898, p. 292.

dans la kélotomie pour étranglement d'une hernie crurale. »

Annandale (1), un des premiers, pratiqua en 1876 cette opération (il s'agissait d'un cas où coexistaient une hernie crurale et une hernie inguinale). L'auteur découvrit la hernie crurale par voie inguinale et s'efforça d'obturer l'anneau crural avec le sac inguinal, préalablement lié au niveau de son collet. La hernie inguinale guérit, mais la hernie crurale récidiva.

Zuckerkandl (2), ensuite, proposa la voie inguinale pour l'abord des hernies crurales étranglées, et décrivit une technique précise pour aborder le collet de la hernie crurale par cette voie, sous le contrôle de la vue.

Ruggi, en 1892, préconisa deux procédés de cette opération :

1° Par une incision inguinale, il découvre l'aponévrose du grand oblique, puis décolle la peau, sans ouvrir le canal, jusqu'au niveau du sac crural, lie le sac, puis, faisant rétracter en haut les téguments, il ouvre le canal inguinal par une incision sur l'aponévrose du grand oblique ; longeant l'arcade de Fallope à 1 centimètre au-dessus, un écarteur relève en haut le ligament rond ou le cordon spermatique. L'opérateur met à découvert le canal crural, introduit par en haut dans l'anneau crural une pince qui va saisir le sac pour l'attirer dans la région inguinale. Le collet est suturé le

(1) Annandale. *Edinburgh m. j.*, 1876, t. XXI.

(2) Zuckerkandl. *Arch. für klin. Chirurgie*, 1883, t. XXVIII, p. 214-216.

plus haut possible. On suture le canal crural en unissant le bord postérieur de l'arcade crurale au ligament de Cooper et en reconstituant le canal inguinal.

2° Dans son deuxième procédé, Ruggi abandonne la découverte du sac par décollement sous-cutané ; il l'aborde par voie inguinale, après ouverture du canal et traction du péritoine en haut, pour luxer le sac crural dans la plaie inguinale.

Parlavecchio (1), en 1893, adopte la technique de Ruggi, mais ultérieurement, il lui fit subir deux modifications ; d'abord il n'intéresse pas l'orifice externe du canal inguinal (cette modification est discutable, car elle empêche d'avoir du jour). Ensuite, il suture au ligament de Cooper, avec l'arcade fémorale, la paroi postérieure du canal inguinal ; obtenant ainsi une fermeture solide de l'anneau crural, constitué par deux plans : un profond, musculaire : petit oblique et transverse, un fibreux, superficiel : arcade crurale.

Plusieurs chirurgiens, à ce moment, proposèrent les mêmes méthodes.

Lotheissen (2), en 1898, publie 12 cas de hernie crurale où il ferme l'anneau par le procédé précédent, et Föderl (3) dit que la suture des muscles petit oblique et transverse au ligament de Cooper est le meilleur

(1) Parlavecchio. Operazioni radicali di hernia crurale. *Riforma med.*, 1893, n° 42, t. IX, p. 496 et 507, 20 février.

(2) Lotheissen. *Centralbl. für Chir.*, 28 mai 1898, t. XXV, n° 21, p. 548.

(3) Föderl. *Offic. Protokoll der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien*, 27 mai 1898. In *Wiener klinische Wochenschrift*, 2 juin 1898, t. XI, n° 22, p. 545-546.

moyen d'éviter la récidive inguinale des hernies crurales opérées par la voie inguinale.

Tuffier (1) reprend, en 1896, le procédé de Ruggi.

1° Il incise parallèlement au canal inguinal, partant de son orifice cutané pour le prolonger à quatre travers de doigts en haut et en dehors. Le cordon spermatique est relevé en haut pour permettre l'incision de la paroi postérieure du trajet ;

2° On tombe sur l'orifice supérieur du canal ;

3° On fait sortir la hernie crurale par la plaie inguinale. On détache le sac, on l'attire et on l'ouvre. On le résèque le plus haut possible ;

4° On suture l'anneau crural par affrontement de l'arcade de Fallope à l'aponévrose du pectiné au niveau de la partie supérieure de l'anneau crural ;

5° Suture des différents plans.

Ce procédé dérive du procédé de Berger, mais, alors que Berger suturait à l'aponévrose du pectiné le bord inférieur de l'arcadre, ici, c'est la couche fibreuse qui double la branche horizontale du pubis que l'on suture à l'arcade. Pour les indications du procédé, « je crois, dit Tuffier, que l'incision crurale restera le procédé de choix, la voie inguinale est indiquée en cas de coïncidence de hernie crurale et inguinale, elle peut devenir la voie d'élection quand la région inguinale est flasque et déprimée ».

Bérard (2), de Lyon, décrit en 1908 le procédé « du

(1) Tuffier. Opération de la hernie crurale par la voie inguinale. *Revue de Chir.*, 1896, p. 241.

(2) Bérard (Lyon). *Congrès int. de Bruxelles*, 1908.

double rideau », et apporte 25 cas opérés selon sa méthode. Il solidarise le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse avec la lèvre supérieure et interne du grand oblique, et abaisse le double rideau fibreux et musculaire jusque sous l'arcade, pour le fixer au pectiné et au ligament de Gimbernat. Par-dessus, il unit par quelques points la lèvre externe et inférieure de l'aponévrose du grand oblique à la large aponévrose de ce même muscle.

En 1908, Bardescu (1), de Bucarest publie 22 cas personnels de sa méthode. Il libère le sac après décollement de la lèvre inférieure de l'incision inguinale, puis, après incision du canal inguinal, il le luxe dans la plaie inguinale. Après résection du sac, il ferme l'anneau par un point en U, mettant en contact le bord postérieur de l'arcade crurale et le ligament de Cooper ; puis il refait par un Bassini le canal inguinal.

Perrin et Vallas (2), en 1909, publient un procédé de cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale sans fermeture de l'anneau.

En 1909 également, Franck (3), après une incision verticale en partie inguinale, en partie crurale, met à nu l'aponévrose du grand oblique en haut, le sac en bas. Puis, il ouvre le canal inguinal, incise le fascia transversalis, à un demi-centimètre du bord postérieur

(1) Bardescu. *Arch. für klin. Chir.*, 1908, t. LXXXV. fasc. 2, p. 453-487.

(2) Perrin et Vallas. C. r. de la h. cr. par voie ing. (*Lyon chir.*, 1909, n° 7, p. 757-766).

(3) Franck. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1909, n° 39, p. 1032-1037.

de l'arcade, et luxe le sac dans la plaie inguinale. Après ligature haute, il le fixe à la Barker.

Une ligne de sutures fixe à l'aponévrose pectinéale et au périoste de la branche horizontale du pubis le petit lambeau du fascia transversalis laissé adhérent au bord postérieur de l'arcade crurale, puis unit au ligament de Cooper, par 5 à 6 points, le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse ; le cordon est laissé en avant et le grand oblique refermé par-dessus à la Bassini.

Desmarest (1) passe par la voie inguinale de la façon suivante : après ouverture de la paroi antérieure du canal inguinal, il ouvre le fascia transversalis et l'infundibulum péritonéal. Le sac traité, il ferme l'anneau crural par 3 ou 4 fils unissant la moitié inférieure de l'arcade au ligament de Cooper.

Il abaisse ensuite le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse qu'il unit au ligament de Cooper.

Après réfection de la paroi antérieure du canal inguinal, suture des plans superficiels.

Chaput (2) utilise les voies inguinale et crurale.

1° Incision cutanée ; 2° incision, ligature, excision du sac crural ; 3° incision du canal inguinal. On isole et on suspend le cordon spermatique ou le ligament rond, on reconnaît le bord des muscles petit oblique, trans-

(1) Desmarest. *Paris médical*, 24 février 1912, p. 312.

(2) Chaput. Suture radicale de la hernie crurale. Le procédé du rideau et de la suture des gaines. *Pr. médicale*, 1904, 2 juillet, p. 417.

verse, et le ligament de Cooper ; 4° on passe dans les gaines vasculaires un ou plusieurs fils.

α) Fils internes en dedans de la veine.

β) Fils antérieurs devant la veine.

γ) Fils antérieurs en avant de l'artère.

5° On suture à la crête pectinéale les muscles petit oblique et transverse. Deux ou trois points suffisent pour garnir la crête pectinéale depuis le ligament de Gimbernat jusqu'au niveau de la veine fémorale.

6° Suture à l'arcade de Fallope et au petit oblique, des gaines vasculaires. On se sert des fils passés tout à l'heure dans les gaines, on les fait pénétrer dans le petit oblique et on les noue sous l'arcade ;

7° Suture des bords de la paroi antérieure du canal inguinal ; 8° Suture de la peau.

Ce procédé permet d'obturer non seulement l'anneau crural, mais encore de fermer le sinus préfémoral, c'est-à-dire l'orifice situé en avant des vaisseaux et le sinus fémoral interne, c'est-à-dire le prolongement du précédent sinus en dedans de la veine fémorale.

Enfin Dujarier(1), en 1912, apporte 31 cas de hernies crurales, opérées par voie inguinale, et se montre un partisan résolu de ce procédé. Il suture au ligament de Cooper, d'une part le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse, d'autre part le bord postérieur de l'arcade crurale.

(1) Dujarier. C. r. de la h. crur. par voie ing. *Journal de chir.*, t. VIII, février 1912, p. 113.

C. — La voie abdominale (1).

Nous ne nous arrêterons pas à la voie abdominale médiane, qui a été proposée par Lawson Tait et adoptée par Maunsell, recommandée encore récemment par Sprengel, particulièrement pour remédier aux grosses hernies récidivantes, et surtout chez la femme, où il y a en même temps de la chute de l'utérus. On met à découvert le sac, on le vide de son contenu par voie crurale, puis on ouvre l'abdomen par une incision longitudinale passant à travers le muscle droit du côté correspondant, puis on achève par le ventre de libérer le sac et on le ferme par une ligature du côté de l'anneau crural.

(1) *British med. assoc.* 59th ann-melt., Bournemouth, 1891. A discussion on treatment of hernia by median abdominal section. Comm. par L. Tait, et H.-W. Maunsell. Disc. : G. Barling, Greig Smith, Bennet May, O'Callaghan, Stanley Boyd, E.-S. Bishop, Th.-H. Mauley, J.-W. Cousins. *Brit. med. J.*, 1891, II, 685-691. — Sprengel. Zur Technik der operativen Behandlung der Schenkelhernien. *25e Cong. soc. allem. de chir.*, 1906. *Arch. für klin. Chir.*, 1906, LXXX, 244-251.

TECHNIQUE OPERATOIRE DU PROCÉDÉ DE GUIBÉ ET PROUST MODIFIÉ

I. Considérations générales.

Avant de pratiquer la cure radicale de la hernie, on s'assurera que le malade a des poumons sains, et qu'il est exempt de toute affection en voie d'évolution.

L'examen des urines sera refait soigneusement la veille de l'opération.

La veille également, le malade sera purgé, et prendra un grand bain chaud et savonneux d'une demi-heure. Dans l'après-midi, le pubis sera rasé soigneusement, et la région largement savonnée à la brosse, recouverte d'un pansement stérile.

Le malade sera anesthésié soit au chloroforme, soit à l'éther ; un grand nombre de chirurgiens emploient le chloroforme. Pourtant, il nous semble que, chez un malade indemne de toute lésion pulmonaire, l'éther, convenablement dosé à l'appareil, nous paraît offrir toutes garanties de sécurité.

On devra maintenir l'anesthésie pendant toute la durée de l'opération, et même la prolonger jusqu'au

pansement, pour que le malade ne puisse faire d'efforts qu'une fois sa plaie suffisemment protégée.

Chez les hernieux débiles et âgés, si facilement enclins aux affections du poumon, pour éviter à coup sûr, aux jours qui suivront l'intervention, une congestion pulmonaire, il sera prudent d'opérer sous anesthésie locale, en utilisant, soit la cocaïne, en solution au centième, soit la novocaïne-adrénaline. La toxicité de la novocaïne étant extrêmement faible, on peut en injecter des doses considérables. Le Pr Reclus emploie la formule suivante :

Novocaïne.	0gr,50
Adrénaline à 1 pour 1 000.	XXV gouttes
Sérum physiologique.	100 grammes

L'anesthésie durant une heure environ, on a tout le temps nécessaire.

Toutes les précautions habituelles d'asepsie et d'antisepsie seront prises.

On se trouvera bien, pour la désinfection du champ opératoire, de la méthode si simple et si efficace de Grossich : 1° Rasage à sec de la région en cas d'urgence, et si le rasage n'a pas été pratiqué la veille. 2° Au moment de l'intervention, à l'aide d'un tampon d'ouate hydrophile trempé dans la teinture d'iode, on badigeonne largement la région à opérer. 3° Au moment d'opérer, repasser une couche d'iode sur la ligne d'incision. 4° L'opération terminée, enlever à l'alcool l'excès d'iode. Puis, le malade sera sondé, et les instruments préparés.

Peu d'instruments sont suffisants : un bistouri, 4 pinces de Kocher, 10 pinces de Péan, une paire de ciseaux moyens, une sonde cannelée, une aiguille de Reverdin courbe et une droite, quelques aiguilles de Hagedorn, enfin, 2 écarteurs de Farabeuf composent l'instrumentation nécessaire.

2. Manuel opératoire.

Premier temps. — On incise la peau nettement et d'un seul coup dans toute son étendue ; l'incision cutanée sera très peu oblique de haut en bas et de dehors en dedans, supérieure de un centimètre environ en dehors à l'arcade de Fallope, et inférieure à cette arcade de un centimètre en dedans. Elle sera de 7 à 8 centimètres et proportionnée au volume de la hernie.

Deuxième temps. — Après la peau, on incise le plan graisseux sous-cutané. On sectionne entre deux pinces la veine sous-cutanée abdominale que l'on y trouve toujours. Quelquefois, la veine est plus externe, et c'est une branche superficielle de la veine honteuse externe supérieure.

Troisième temps. — Dès que l'on aperçoit les fibres nacrées de l'arcade de Fallope, on se porte vers son bord inférieur, où on trouvera le sac de la hernie crurale. On le dissèque jusqu'à l'anneau crural et on l'attire

en dehors. On soulève ensuite le ligament de Fallope à l'aide d'un écarteur et on aperçoit le ligament de Gimbernat. On l'incise de bout en bout au bistouri au ras de son insertion pubienne.

Le canal crural étant largement ouvert, on a toute facilité pour isoler le sac au delà de son collet, et l'ouvrir.

L'ouverture du sac devra être faite avec précaution

Il est (d'après J.-L. Championnière) (1) tantôt d'une telle minceur qu'on a peine à le reconnaître, tantôt constitué par une paroi si solide qu'on a peine à le distinguer de son contenu. Dans le premier cas, c'est une mince feuille séreuse qui le constitue, dans le second, c'est une couche épaisse de tissu fibro-cellulaire, doublée d'un véritable sac de graisse.

Si, dans un pareil cas, ce sac graisseux est encore adhérent à de l'épiploon contenu, ses parois deviennent presque impossibles à distinguer, sauf pour un œil exercé. Ce qui peut guider, c'est la face externe du sac, que la dissection devra toujours conduire jusqu'à l'orifice du fascia crebriforme, sans abandonner le point de repère donné par l'orifice du fascia. C'est en ce point seulement qu'il est possible de distinguer ce qui appartient au sac, ou ce qui appartient au tissu cellulaire périphérique. On voit alors distinctement tout ce qui se glisse dans l'orifice, et quand il a été méthodiquement ouvert, il est possible de suivre la face externe du prolongement du sac vers le ventre et de

(1) J.-L. Championnière. *Loc. cit.*, p. 29.

continuer à attirer au dehors tout ce qui forme la partie supérieure de ce sac.

Si, à l'ouverture du sac, on voit sourdre quelques centimètres cubes d'un liquide citrin, on ne s'en étonnera pas.

Il provient, ou du petit bassin, ou du sac herniaire, qui contient fréquemment de la sérosité.

On examinera soigneusement le contenu du sac.

On réduira l'intestin, l'appendice, tous les organes importants que l'on pourra trouver (un auteur y dit avoir trouvé la vésicule biliaire), souvent fort adhérents à la paroi du sac. Si on rencontre de l'épiploon on le réséquera aussi loin que possible ; « ne le rentrez jamais ! » disait Malgaigne, qui avait compris l'inutilité de laisser en contact direct de la paroi une amorce de récidive.

Puis on dissèque le sac aussi loin que possible, on le pédiculise et on le lie, ou bien on le laissera remonter dans l'abdomen, ou bien on le fixera à la paroi à la façon de Barker (1).

Quatrième temps. — La hernie n'existe plus. Mais il nous reste à oblitérer notre anneau crural, à établir « la barrière résistante qui va assurer la conservation des résultats obtenus » (Championnière). Nous sectionnerons en haut l'arcade de Fallope horizontalement en regard de la plaie cutanée, à la manière de G. Küss, et nous en prenons la lèvre supérieure dans un écarteur.

(1) Barker, *Brit. med. Journ.*, 1887, t. II, p. 1203.

De cette façon, voyant le cordon spermatique, nous pouvons le rejeter en arrière de notre suture sans nous exposer à le léser. Cette modification est surtout intéressante de ce fait dans la cure radicale chez l'homme.

Si, maintenant, nous regardons la région comprise entre les deux lèvres divisées du grand oblique, nous voyons qu'elle est formée en bas, par les fibres inférieures du petit oblique déjà différenciées et séparées du corps musculaire principal, et formant le faisceau crémastérien externe, — en dedans, occupant l'angle interne, nous sentons les éléments du cordon, — en haut, notre tendon conjoint, reconnaissable à son aspect nacré.

Ce tendon, nous allons le libérer à la sonde cannelée sur une hauteur de quelques centimètres, et placer sur lui deux pinces de Kocher. On met ensuite à nu la crête pectinéale et le ligament de Cooper, et, allant de dedans en dehors sans perdre le contact osseux, on récline facilement la veine fémorale sous un écarteur de Farabeuf.

Notre région bien nettement exposée, chargeons en haut les muscles petit oblique et transverse, en bas le ligament de Cooper et l'aponévrose pectinéale avec trois fils passés à l'aide d'une aiguille courbe. L'aiguille de Reverdin est bonne mais un peu fragile, l'aiguille de Doyen, qui est résistante est un peu trop large, et coupante, et risque de dissocier les fibres pectinéales, le mieux nous semble être l'aiguille de Hagedorn montée sur porte-aiguille.

Les fils seront repérés avant d'être liés, chacun à

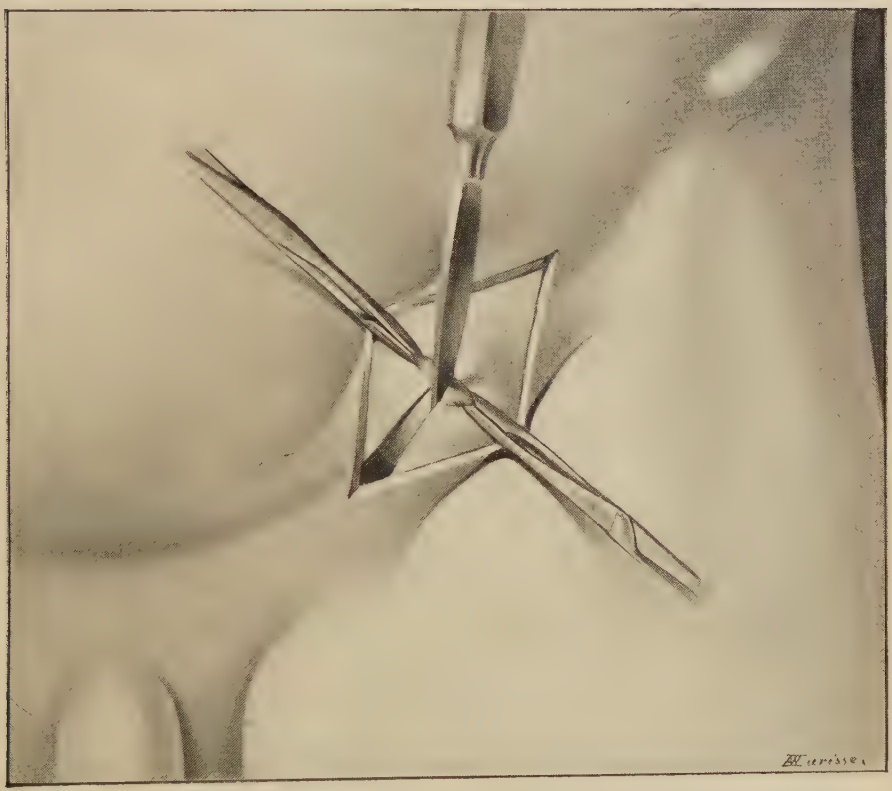
leurs extrémités dans les mors d'une pince. Ils ne doivent pas être situés sur une même ligne horizontale, de peur de produire une éraillure musculaire, mais étagés en escalier à la façon de la disposition des fils dans la myorraphie des releveurs (P. Duval et Proust)(1). On prendra garde, en passant le troisième fil, à ne pas comprimer la veine fémorale, non plus qu'à ouvrir la veine pectinéale sus-aponévrotique, qui pourrait donner issue à beaucoup de sang. Il suffit dans ce cas de serrer les fils pour obtenir une hémostase rapide.

Les fils noués successivement, le trajet crural sera parfaitement obturé.

Cinquième temps. — Il ne nous reste plus qu'à suturer l'arcade fémorale à l'aponévrose pectinéale. Plaçons trois fils de la lèvre supérieure de l'aponévrose du grand oblique à l'aponévrose pectinéale, créant ainsi un second plan aponévro-aponévrotique.

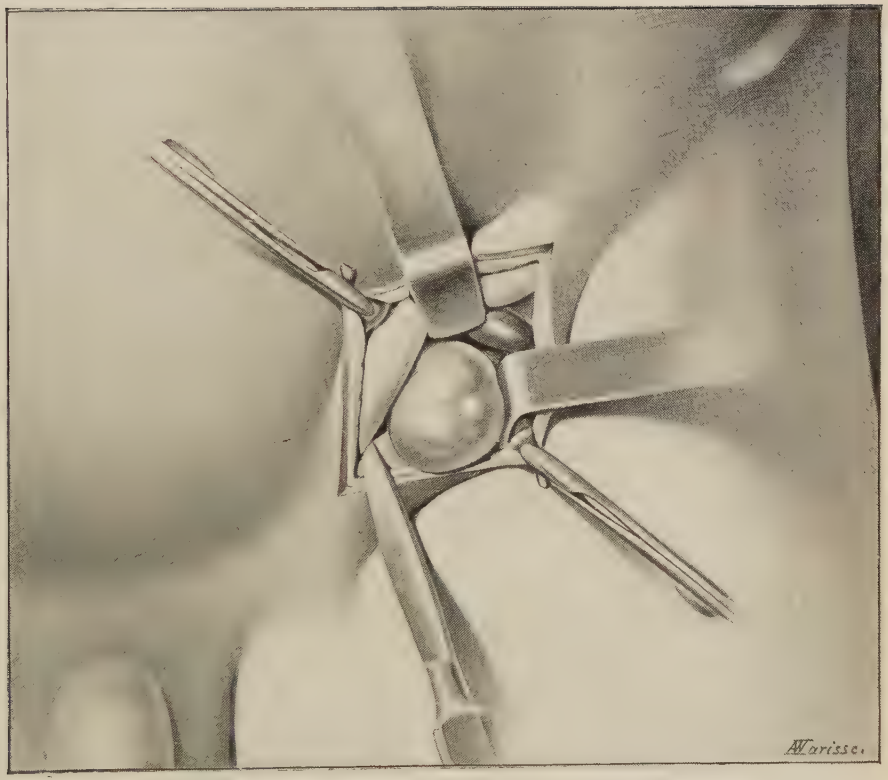
Sixième temps. — A l'aide d'un fil placé circulairement, nous viendrons lier les deux extrémités rapprochées de notre veine tégumenteuse repérée par nos pinces, puis nous suturerons la peau suivant les procédés habituels.

(1) Robert Proust. Chir. de l'app. gén. de la femme. In *prosect*, Paris, 1908, p. 19.



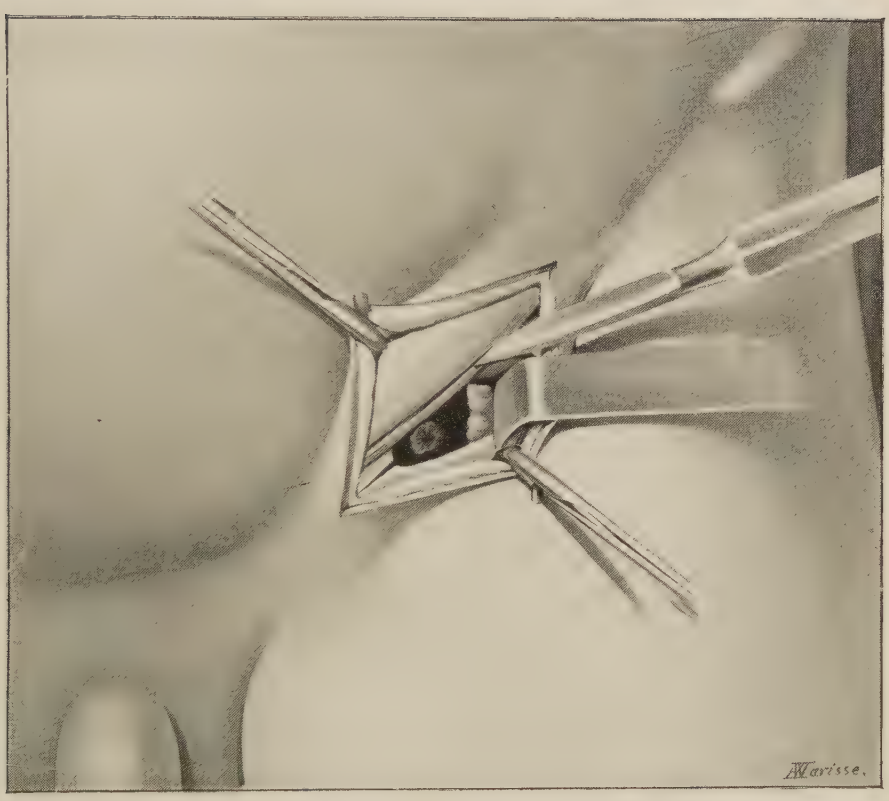
La peau est sectionnée, Deux pinces placées sur le tissu cellulaire vont servir d'écarteurs et prendre en même temps la veine tégumenteuse abdominale que le bistouri peut ainsi couper sans qu'il y ait d'hémorragie.

G. Steinheil, éditeur.



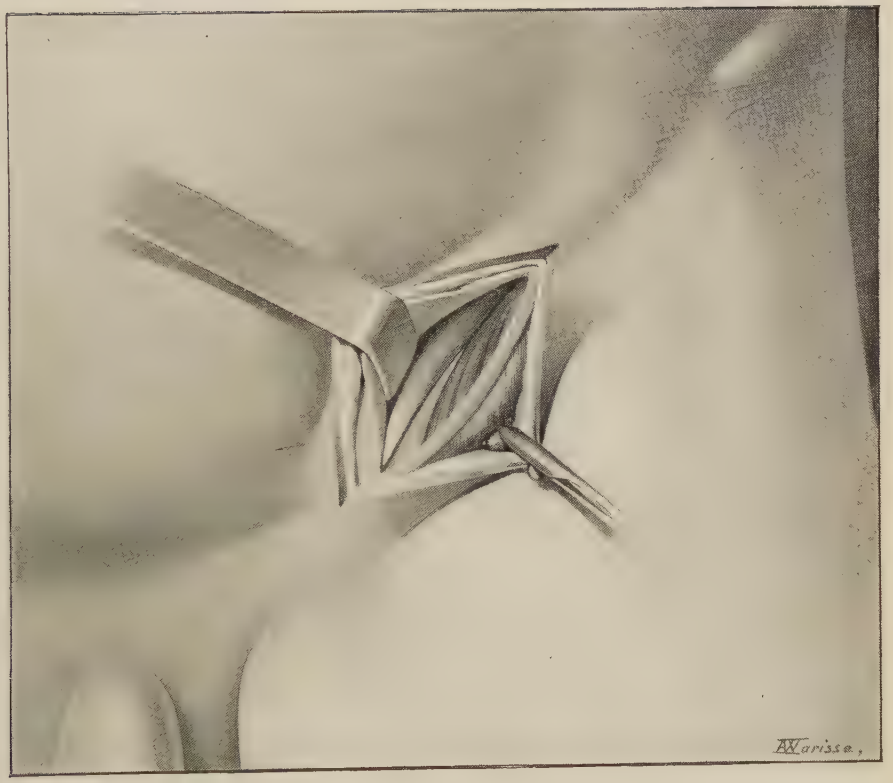
La tumeur herniaire est mise à nu et isolée. Le bistouri sectionne d'un coup le ligament de Gimbernat.

G. Steinheil, éditeur.



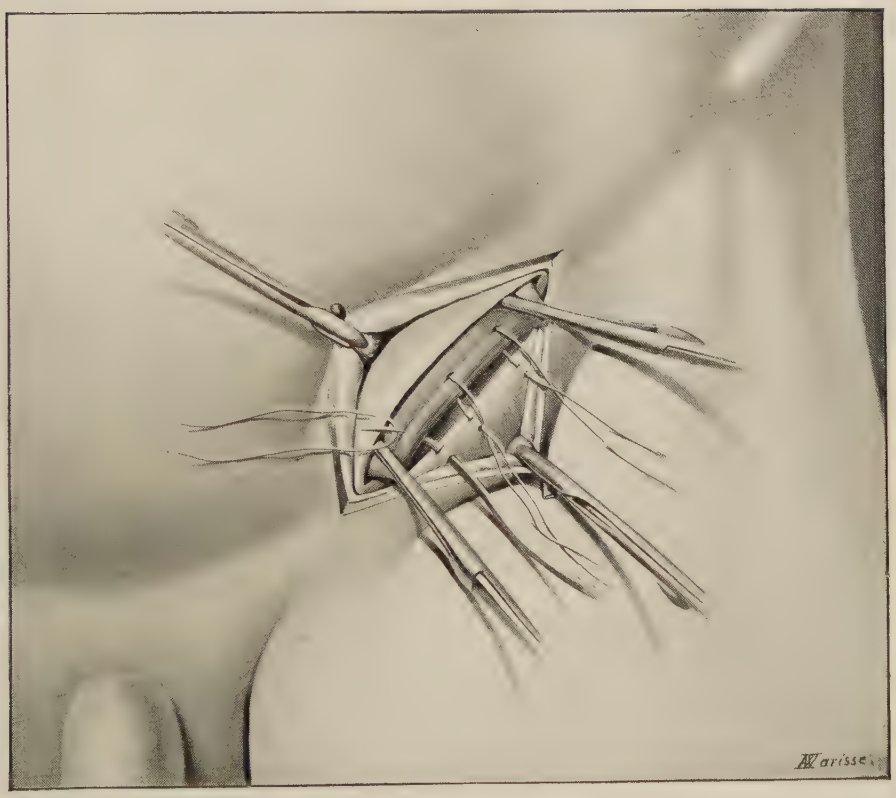
L'aponévrose du grand grand oblique est incisée de bout en bout.

G. Steinheil, éditeur.



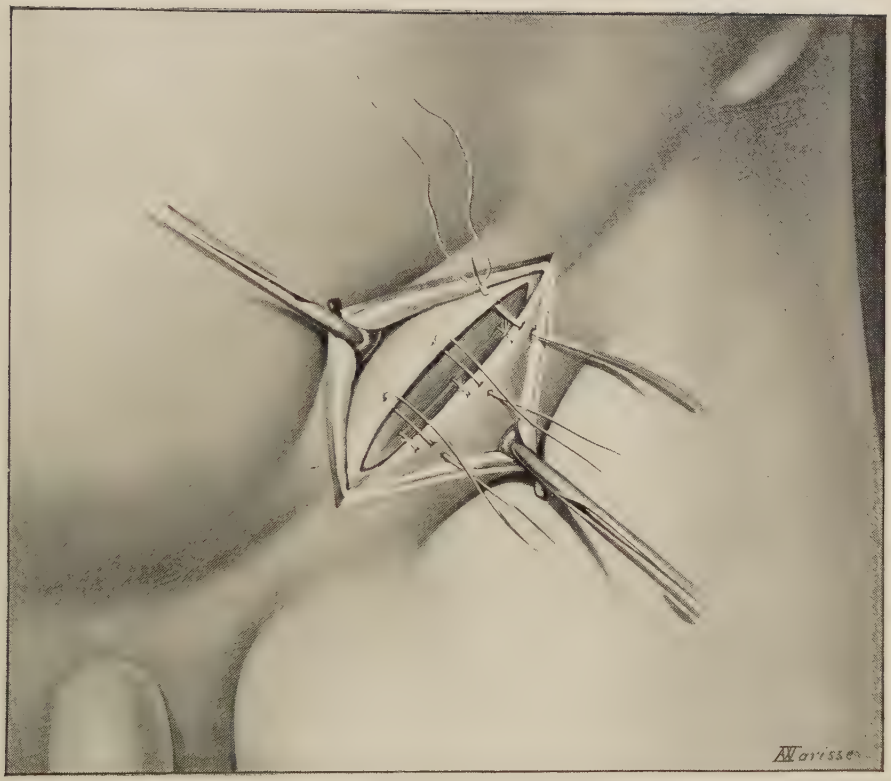
Aperçu anatomique de la région. Au milieu des lèvres béantes de l'aponévrose du grand oblique, on aperçoit le tendon conjoint.

G. Steinheil, éditeur.



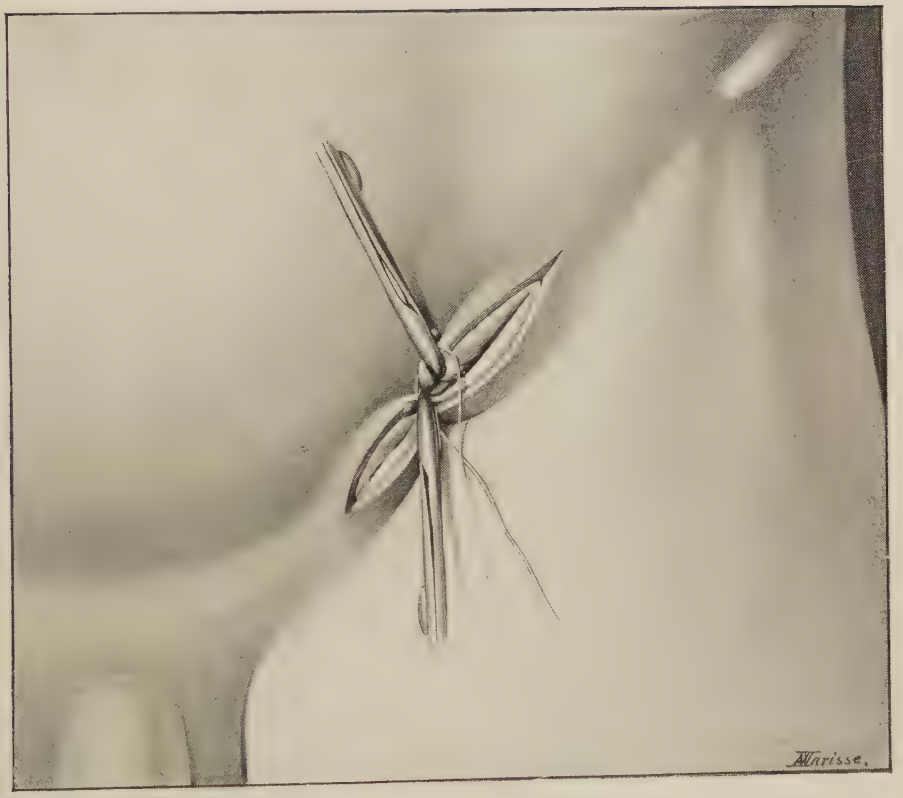
La hernie n'existe plus. Le sac est lié et sectionné. On refait la paroi en abaissant le tendon conjoint en regard de l'aponévrose pectinéale.

G. Steinheil, éditeur.



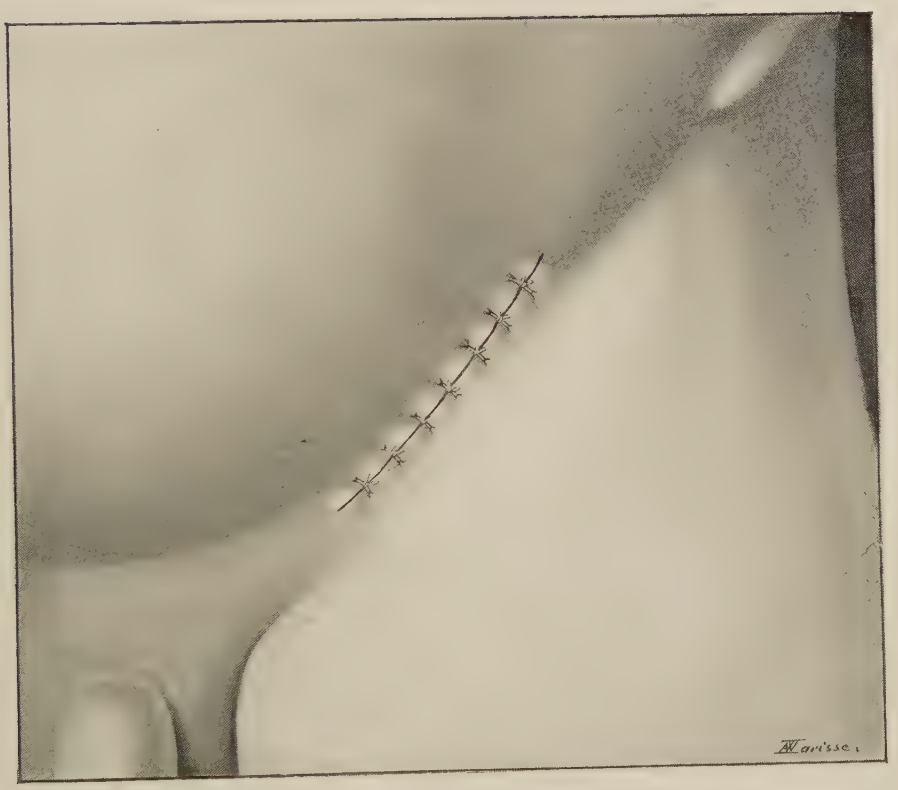
On fait un deuxième plan de sutures au catgut. Les fils profonds noués, on place les fils superficiels, de l'aponévrose du grand oblique à l'aponévrose pectinéale.

G. Steinheil, éditeur.



On lie par un seul fil les deux bouts rapprochés de la veine tégumenteuse abdominale.

G. Steinheil, éditeur.



L'opération est terminée. Aspect de la suture cutanée.

G. Steinheil, éditeur.

OPÉRATION DE LA HERNIE ÉTRANGLÉE

Reste à envisager le cas de l'intervention dans le cas de hernie étranglée. Nous n'en dirons pas grand'chose de particulier, la technique opératoire est exactement la même.

Il faut se hâter d'opérer toute hernie crurale étranglée, car l'intestin bridé sur l'arête du ligament de Gimbernat se trouve dans les conditions les plus déplorables.

Sans perdre de temps, on incise couche par couche jusqu'au sac, généralement tendu, rougeâtre, comme un kyste hématique. On l'isole, on le dissèque jusqu'au collet, et quand il est bien libre, on l'ouvre prudemment.

Le contenu examiné et traité, on fera ce qu'on pourra de cure radicale, suivant la longueur de l'intervention et l'état du malade, en suivant les mêmes principes.

SUITES OPÉRATOIRES

Les suites opératoires sont en général des plus simples, du moins, quand on n'a pas affaire à une hernie étranglée auquel cas le pronostic doit être réservé.

On surveillera attentivement l'intestin et la vessie.

Si le malade souffre dans l'abdomen, on lui introduira la sonde rectale, qui, permettant l'évacuation des gaz, calmera la douleur.

S'il n'a pas uriné le soir de l'opération, on recourra au cathétérisme.

Vingt-quatre heures après l'intervention, on évacuera l'intestin par un lavement simple ou additionné de sulfate de soude. S'il ne suffit pas, on donnera une légère purgation. Les fils seront enlevés le 8ᵉ jour. Le 20ᵉ le malade se lèvera. Pour plus de sûreté, il pourra porter pendant un mois une ceinture à pelote souple.

ÉTUDE CRITIQUE
ET AVANTAGES DU PROCÉDÉ

Après avoir étudié les différentes méthodes opératoires, le procédé de Guibé et Proust nous semble présenter de réels avantages.

D'abord, il s'oppose à toute sorte de récidive en détruisant tout infundibulum péritonéal, en éloignant le moignon suturé de la plaie, enfin en oblitérant l'anneau crural de façon parfaite.

La section du ligament de Gimbernat au début de l'intervention nous donne un champ opératoire énorme, elle est simple à exécuter et nous facilite la dissection et la ligature haute du sac.

L'abaissement des muscles petit oblique et transverse jusqu'à la crête pectinéale et leur fixation exclut l'anneau crural de la paroi abdominale, et place, devant cet anneau, un véritable rideau musculaire.

On peut faire ressortir la similitude qui existe entre le procédé et celui employé par Bassini pour la réfection de la paroi dans la hernie inguinale. Bassini oblitère sa région par deux plans, un profond, par réunion du tendon conjoint à l'arcade de Fallope, et l'autre par suture des deux lèvres de la plaie pratiquée à l'aponévrose du grand oblique.

Dans le procédé de Guibé-Proust, le plan profond,

c'est la suture du tendon conjoint au ligament de Cooper, le plan superficiel, le rapprochement du pectiné à l'arcade crurale.

Nous renforçons par la même occasion la paroi inguinale, en créant, par l'abaissement du tendon conjoint, un plan résistant là où il n'en existait pas, en interposant un rideau musculaire puissant entre la paroi postérieure et antérieure du trajet inguinal.

L'acte opératoire n'offre pas de difficulté, il est simple à côté de la plupart des autres méthodes qui sont loin d'être à l'abri de tout reproche.

Les procédés myoplastiques, souvent problématiques comme résultat, sont plus compliqués et plus longs.

Le procédé de Delagénière affaiblit le canal inguinal : en effet, en suturant au pectiné l'arcade, il abaisse très fortement celle-ci ; or, à ce niveau l'arcade de Fallope n'est que la paroi inférieure du trajet inguinal. Il abaisse donc cette paroi inférieure, et comme rien en bas ne vient solliciter le bord supérieur formé par les muscles petit oblique et transverse, il augmente le diamètre vertical du trajet inguinal, exagérant par ce fait l'étendue de ce point faible naturel, et favorisant d'autant la formation d'une hernie à ce niveau.

La méthode de Ruggi, modifiée par Parlavecchio, a cet inconvénient d'opérer successivement au-dessus et au-dessous de l'arcade, et de compliquer inutilement la technique opérataire, en allant s'attaquer à un canal inguinal qui ne le demande pas.

Quant aux procédés qui emploient comme moyen d'accès à la région crurale la voie inguinale ? Ils sont

longs, pénibles, la recherche et l'ouverture du péritoine y sont délicates, l'existence des grosses veines qui cheminent sous le fascia transversalis est gênante, enfin la pose des fils qui unissent l'arcade crurale au ligament de Cooper y est des plus difficiles.

En général, notre procédé n'offre aucun de ces inconvénients, mais demande seulement certaines précautions.

On évitera de blesser la veine fémorale, à ne pas la comprimer par le fil externe. Mais c'est là une question d'habitude plutôt qu'une difficulté, et puis, le voisinage des vaisseaux fémoraux est moins à redouter qu'on n'a l'habitude de le dire, situés en dehors et en arrière, ils sont assez bien abrités et on les évitera avec un peu d'attention. On peut plutôt piquer en suturant la veine pectinéale sus aponévrotique, qui se dirige plus ou moins diagonalement vers la fémorale, et qui peut donner une hémorragie assez abondante ; mais il suffit de serrer les fils déjà placés pour obtenir une hémostase complète.

Enfin, la dissection du sac est en général assez facile jusqu'au fascia crebriforme. Au delà, elle devient plus délicate, mais sans être réellement difficile.

On doit disséquer très haut les adhérences, ce qui est facilité par la section du ligament de Gimbernat.

Il importe de bien faire cette dissection, car les adrences sont souvent la cause de douleurs.

Si le sac est épais, on se méfiera du voisinage du gros intestin, mais surtout de la vessie qui peut se trouver dans le sac.

OBSERVATIONS

1904

Observation I. — B... Nicolas, cantonnier, 67 ans, entre le 13 août 1904 à l'hôpital Cochin, dans le service du Pr Quénu pour une hernie crurale droite. Cure radicale le 16 août par le procédé Proust-Guibé. Suites opératoires normales. Le malade sort bien guéri le 26 août. Récemment, nous avons recherché ce malade, qu'il nous a été impossible de retrouver.

Observation II (in th. F. Renaudet). — C... Auguste, 21 ans, entre à l'hôpital Beaujon le 11 août 1904 dans le service du Dr Michaut, pour une hernie crurale gauche réductible. Il est opéré par le Dr Rigollot-Simonnot qui, après section du ligament de Gimbernat, résèque le sac et le fixe par un Barker, l'anneau cural est fermé par la suture des muscles petit oblique et transverse au ligament de Cooper. Les suites opératoires sont normales et le malade sort en bon état trois semaines après l'intervention.

Le 30 mai 1912, nous revoyons ce malade qui est en parfait état, sans trace de récidive.

Observation III (in th. F. Renaudet). — D... Marie, 42 ans, entre à l'hôpital Beaujon dans le service du Dr Michaux pour une hernie crurale droite. Le Dr Rigollot-Simonnot l'opère le 19 août 1904, suivant le procédé Proust-Guibé. Vingt jours après la malade quitte l'hôpital avec une paroi solide et un anneau crural exactement fermé.

Le 10 mai 1908, cette malade a été revue, on ne constatait chez elle absolument aucune récidive.

Nous avons essayé de la revoir récemment, mais sans pouvoir la retrouver.

Observation IV (in th. F. Renaudet). — M... Marie entre à l'hôpital Beaujon dans le service du Dr Michaux, pour une hernie crurale droite. Le Dr Michon l'y opère le 1er septembre 1904, par le procédé de Guibé-Proust. Le 8e jour, on enlève les fils. Suites normales. Le 25e jour, la malade quitte le service avec une région crurale des plus solides. Le 1er juin nous apprenons que cette malade ne souffre pas de sa cicatrice et n'a aucune trace de récidive.

Observation V. — K... André, 84 ans, s. p., entre le 22 octobre à l'hôpital Cochin dans le service du Pr Quénu, pour une hernie crurale droite étranglée. La cure radicale est pratiquée immédiatement ; réfection de la paroi par le procédé Proust-Guibé. Les suites sont bonnes et le malade sort en bon état le 15 novembre suivant.

Le 30 mai 1912, en cherchant à revoir le malade, nous apprenons qu'il est mort en 1910 à l'âge de 90 ans, d'une affection médicale. Mais au point de vue de sa hernie, il avait vécu 5 ans depuis son opération sans en souffrir aucunement et sans qu'apparaisse une trace de récidive.

Observation VI. Dr Guibé (in th. F. Renaudet). — V... Esther, 58 ans, entre le 16 novembre 1904 à l'hôpital Necker pour une hernie crurale gauche datant de 19 ans et qui s'est subitement étranglée le matin par un effort de toux. Le Dr Guibé l'opère le soir à 6 heures en suivant exactement sa méthode. Suites normales. La malade sort le 8 décembre avec une cicatrice en bon état, et, aucune impulsion à la toux.

La malade est revenue le 12 mai mai 1908. Depuis sa sortie

de l'hôpital, elle a repris son dur métier de femme de ménage sans avoir eu de récidive herniaire ni jamais souffert de la région opérée.

Récemment, la malade nous apprend qu'elle a continué à bien se porter sans souffrir de sa cicatrice.

1905

Observation VII (in th. Renaudet). — Vve P..., 60 ans, entre à l'hôpital Beaujon dans le service du Dr Michaut, pour une hernie curale droite. Le Dr Rigollot-Simonnot l'opère le 16 février 1905. Après débridement complet du Gimbernat, la réfection de la paroi est obtenue par deux plans, 1 provenant de la suture des muscles petit oblique et transverse au ligament de Cooper, l'autre, de la suture de l'arcade de Fallope au pectiné. Suites opératoires normales. La malade sort guérie avec une très bonne paroi dans les premiers jours de mai.

Nous n'avons pu revoir cette malade.

Observation VIII. — C... Albertine, 28 ans, entre à l'hôpital Cochin, dans le service du Pr Quénu pour une hernie crurale droite. La cure radicale est pratiquée le 13 novembre 1906. Les suites opératoires sont bonnes et la malade sort guérie le 13 novembre.

Il nous a été impossible de retrouver cette malade.

1906

Observation IX. Dr Pierre Duval. — B... Émile, emballeur, 50 ans, est opéré le 24 janvier 1906 dans le service du Pr Quénu par le Dr Duval, d'une grosse hernie crurale gauche très ancienne. Procédé de Guibé et Proust modifié. Les suites opéra-

toires sont parfaites, et le malade sort bien guéri le 12 février, avec une paroi très solide.

Ce malade ayant quitté son domicile sans laisser d'adresse, nous n'avons pu le revoir.

Observation X. — C... Philomène, 49 ans, domestique, entre dans le service du Pr Quénu, à l'hôpital Cochin, le 8 mars 1906 pour une hernie crurale droite étranglée. Cure radicale immédiate. Résection de toute une portion intestinale sphacélée. Réfection de la paroi. La malade meurt le 14 mars 1906.

Observation XI. — V... Geneviève, 70 ans, entre le 13 mars 1906 dans le service du Pr Quénu, à l'hôpital Cochin, pour une hernie crurale étranglée. On pratique, aussitôt, la cure radicale, et, après des suites opératoires normales, la malade sort le 1er avril 1906. La malade est revue le 30 mai 1912, elle a une cicatrice solide, et ne se plaint pas de son opération dont elle n'a jamais souffert. Elle souffre depuis quelques mois d'une descente de matrice, mais sa paroi crurale est restée solide.

Observation XII. Dr Guibé (in th. Renaudet). — C... Léon, 54 ans, entre à l'hôpital Necker pour une double hernie crurale, assez volumineuse, réductible, mais gênant le malade. De chaque côté, la hernie empiète très fortement sur la paroi prévasculaire de l'anneau crural. Celui-ci, surtout à gauche, est difficile à sentir après réduction. Le 17 avril 1906, le Dr Guibé opère le malade du côté droit en appliquant son procédé, guérison par première intention. Le malade part pour Vincennes le 14 mai 1906, il revient au bout de 15 jours pour se faire opérer de l'autre côté.

Le 16 juin 1906, le Dr Guibé procède à cette seconde intervention. Son malade sort guéri le 2 juillet 1906. Environ un mois plus tard, le malade se présente à Necker avec une récidive double. Cette rechute peut s'expliquer facilement ; en effet, il s'agissait d'un malade dont le sac herniaire empiétait fortement

sur la portion prévasculaire de l'anneau crural. Quoique celui-ci fût fermé exactement, il restait au-devant des vaisseaux une solution de continuité. Or, la hernie, profitant de cette porte de sortie qu'on ne lui avait pas fermée, s'enfonçant à la façon d'un coin entre l'arcade de Fallope et les vaisseaux fémoraux, dilatant l'angle externe de l'anneau crural, s'était fait jour à l'extérieur au mépris de la muraille musculaire qu'on lui avait opposée. Cela prouve qu'il est des cas de hernie crurale, s'engageant au-devant des vaisseaux où les meilleurs procédés se trouvent insuffisant par ce fait même que tous, obligés de ménager la sortie du paquet vasculaire, laissent à l'angle externe de l'anneau crural un point faible que la hernie peut parfois mettre à profit pour récidiver.

Observation XIII. — B... Thérèse, 53 ans, entre à l'hôpital Cochin, dans le service du Pr Quénu pour une hernie crurale gauche. La cure radicale par le procédé Guibé-Proust est pratiquée le 29 avril 1906 et la malade sort en parfait état le 17 mai suivant.

Le 3 juin 1912, nous avons cherché à revoir cette malade, mais n'avons pu la retrouver.

Observation XIV. Dr Pierre Duval. — G... Jules, 48 ans, journalier, entre le 10 mai 1906 dans le service du Pr Quénu pour une hernie crurale gauche et une hernie inguinale droite, toutes deux réductibles. Le Dr Duval l'opère le 11 mai 1906. La cure radicale de la hernie inguinale est faite par le procédé de Bassini, celle de la hernie crurale, par le procédé Guibé-Proust. Le malade sort bien guéri le 11 juin 1906 avec une bonne paroi et aucune impulsion à la toux.

Ce malade étant sans domicile au moment de son opération, nous avons été dans l'impossibilité de le retrouver.

Observation XV. — C... Marie, 56 ans, ménagère, entre à l'hôpital Cochin, dans le service du Pr Quénu le 14 juin 1906,

pour une hernie crurale droite étranglée. La cure radicale est aussitôt pratiquée.

C'est une hernie épiploïque, une anse congestionnée d'intestin grêle non sphacélé est réduite. Réfection de la paroi par le procédé Proust-Guibé. Drain sous-cutané. La malade sort le 4 juillet 1906 avec une bonne paroi.

Le 31 mai 1912, la malade est recherchée : il est impossible de la revoir.

1907

Observation XVI. — F... Pauline, 52 ans, entre à l'hôpital Cochin dans le service du Pr Quénu le 4 janvier 1907 pour une hernie crurale étranglée. Elle est opérée immédiatement, et, après des suites normales, sort guérie le 25 janvier.

Nous n'avons pu retrouver cette malade qui a quitté son domicile sans laisser d'adresse.

Observation XVII. Dr G. Küss. — F... Julie, 60 ans, entre le 28 mai 1907 à Cochin, dans le service du Pr Quénu pour une hernie crurale étranglée depuis 4 jours. Cure radicale immédiate. A l'ouverture du sac, on trouve de l'épiploon et de l'intestin serrés dans l'anneau. On résèque après l'avoir débridé, l'épiploon, et on réduit l'intestin.

Réfection de la paroi par le procédé sans drainage. La malade sort guérie le 19 juin 1907.

Le 1er juin 1912, nous apprenons que cette malade est bien portante et ne souffre plus des suites de son opération.

Observation XVIII. — T... Augustine, 46 ans, entre à l'hôpital Cochin dans le service du Pr Quénu le 2 juillet 1907 pour hernie crurale étranglée.

Cure radicale immédiate, perforation intestinale. On pratique un anus iliaque. La malade meurt le 2 septembre suivant.

Observation XIX. Dr G. Küss. — P... Léonie, 50 ans, entre le 18 juillet 1907 à Cochin dans le service du Pr Quénu pour une hernie crurale droite étranglée. Le Dr Küss pratique immédiatement la cure radicale par le procédé. Suites opératoires excellentes. La malade sort avec une paroi très solide le 12 août 1907.

Revue le 30 mai 1912. Aucune trace de récidive, la paroi est solide et la cicatrice à peine visible.

Observation XX. Dr G. Küss. — H... Désirée, 62 ans, entre à Cochin le 14 septembre 1907 pour une hernie crurale droite réductible, de la grosseur d'un œuf de poule. Le Dr Küss l'opère le 25 septembre.

Le 30 octobre 1907, elle sort guérie.

Revue le 14 mai 1908 : aucune trace de récidive.

Le 31 mai 1912, la malade qui souffre actuellement d'une maladie de vessie ne se plaint pas de sa hernie qui est en parfait état.

Observation XXI. Dr G. Küss. — Le G... Amélie, 27 ans, est opérée le 21 septembre 1907 à Cochin par le Dr Küss d'une hernie crurale droite réductible. Les fils sont enlevés au 9e jour et la malade sort guérie le 12 octobre 1907.

Le 13 janvier 1908, elle revient à Cochin pour coliques appendiculaires, elle est mise en observation, subit l'ablation de l'appendice, et de nouveau sort guérie 2 mois plus tard ; à ce moment il n'y avait aucune récidive herniaire à la région crurale.

Revue le 4 juin 1912. Aucune récidive.

Observation XXII. Dr G. Küss. — C... Anna, 38 ans, entre à Cochin le 5 octobre 1907 pour une hernie crurale réductible. Le Dr Küss l'opère suivant le procédé le 6 octobre. Elle sort guérie le 26 octobre.

Nous revoyons cette malade le jeudi matin 30 mai 1912. Sa cicatrice est parfaite ; jamais, depuis son opération, elle n'a souffert, ni éprouvé de fatigue.

Observation XXIII. Dr G. Küss. — B... Mariette, 27 ans, entre dans le service du Pr Quénu pour appendicite et hernie crurale. Le Dr Küss l'opère le 8 novembre 1907, elle sort guérie le 30 novembre.

Le 25 mai 1912, la malade est revue, sa cicatrice est en bon état, et sa paroi solide.

Observation XXIV. Dr G. Küss. — R... Henriette, 64 ans se présente à l'hôpital Cochin, le 12 novembre 1907, avec une grosse hernie crurale droite irréductible. Le Dr Küss l'opère le 29 novembre. Il trouve un sac herniaire renfermant uniquement de l'épiploon.

Après résection épiploïque, le sac est lié le plus haut possible. En suturant le tendon conjoint au pectiné, la veine pectinéale, variqueuse, est blessée, hémorragie veineuse assez abondante. Hémostase en serrant les fils. La malade sort guérie le 4 janvier.

Revue le 15 mai 1908 à Cochin, dans le service du Pr Widal, où elle est traitée pour une affection médicale, la malade n'a aucune récidive, seule une cicatrice blanchâtre, longue de 6 centimètres, subsistait comme témoin de l'opération, mais il n'y avait ni trace de hernie, ni expansion à la toux.

Actuellement nous n'avons pu retrouver la malade.

Observation XXV. Dr G. Küss. — M... Joséphine, 26 ans, entre à l'hôpital Cochin, dans le service du Pr Quénu, le 3 décembre 1907, pour une hernie crurale étranglée. La hernie est irréductible. Le Dr Küss l'opère aussitôt. La malade sort guérie le 22 décembre 1907.

Malade impossible à retrouver.

1908

Observation XXVI. Dr G. Küss. — A... Pierre, 33 ans, garçon de café, entre le 22 janvier 1908 dans le service du Pr Quénu à l'hôpital Cochin pour une hernie étranglee crurale droite. Le Dr Küss l'opère avec anesthésie à la stovaïne lombaire. Suites opératoires bonnes. Le malade sort guéri le 23 février suivant.

Le 31 mai 1912, nous apprenons que le malade est mort le 20 mars 1911 à l'hôpital de la Pitié d'une affection médicale, mais que le résultat opératoire de sa hernie a été bon jusque-là.

Observation XXVII. — C... Charles, 65 ans, mégissier, entre le 26 mars 1908 à Cochin pour une hernie crurale étranglée sur le ligament de Gimbernat. Cure radicale par le procédé Guibé-Proust, l'intestin intact est réduit. Le malade sort guéri le 18 avril.

Nous avons recherché ce malade récemment ; il nous a été impossible de le retrouver.

Observation XXVIII. — L... Désiré, 64 ans, mécanicien, entre le 4 avril à Cochin pour une hernie crurale droite étranglée.

La cure radicale par le procédé est pratiquée le 4 avril, et le malade sort guéri le 25 avril.

Revu le 31 mai 1912, ce malade souffre d'une hernie inguinale gauche, il souffre encore un peu de sa plaie cicatrisée par moments, mais ne porte aucune récidive, il continue d'ailleurs à soutenir sa paroi au moyen d'un bandage.

Observation XXIX. Dr Guibé. — M... Victoire, 80 ans, entre le 12 avril 1908 dans le service Pr Quénu à l'hôpital Cochin, pour une hernie crurale droite étranglée depuis la veille. Cure

radicale à la cocaïne par le Dr Guibé qui applique sa méthode. La malade sort guérie le 11 mai 1908.

Le 29 mai 1912, nous revoyons la malade. Depuis son opération, elle n'a ressenti aucune douleur et, malgré son grand âge (elle est née en 1828) elle supporte la marche et la fatigue, sa paroi semble très solide.

Observation XXX: Dr Guibé. — Veuve S... Aline, 64 ans, entre à Cochin le 16 avril 1908 pour une hernie crurale droite étranglée depuis 36 heures.

La hernie ne contient que de l'épiploon à l'opération, pratiquée aussitôt par le Dr Guibé. La malade sort guérie le 15 juin 1908.

Le 1er juin 1912, nous apprenons que la hernie n'a pas récidivé chez cette malade ; sauf quelques douleurs qu'elle ressent de temps en temps, le résultat est satisfaisant.

Observation XXXI. Dr Pierre Duval. — L... Esther, 61 ans, entre à l'hôpital Cochin, le 12 décembre 1908, pour une hernie crurale droite étranglée. Cure radicale. Pincement latéral du grêle, enfouissement de 1 centimètre et demi d'intestin sphacélé. La malade est guérie le 3 janvier suivant.

Revue le 3 juin 1912, parfait état de guérison, paroi solide, aucune fatigue.

1909

Observation XXXII. — G... Marie, 66 ans, entre le 17 février 1909 à Cochin pour une hernie crurale droite étranglée. Cure radicale immédiate à la cocaïne par le procédé Proust-Guibé, l'étranglement datant de 48 heures, l'intestin qui a été pincé latéralement est réduit.

La malade, très faible, meurt le soir même.

Observation XXXIII. — B... Emilie, 25 ans, entre à l'hô-

pital Cochin dans le service du Pr Quénu, le 20 février 1909, pour hernie crurale droite. La cure radicale par le procédé est pratiquée le 22 février 1909.

La malade sort avec une paroi solide le 15 mars 1909.

Nous n'avons pu retrouver cette malade, partie sans laisser d'adresse.

Observation XXXIV. — G... Pierre, 70 ans, entre le 11 mai à Cochin pour une hernie crurale étranglée. Cure radicale, on réduit un peu d'épiploon et une anse grêle peu serrée. Le malade sort guéri le 31 mai.

Nous ne savons ce qu'est devenu ce malade, impossible à retrouver.

Observation XXXV. — G. Henri, 46 ans, serrurier, entre dans le service du Pr Quénu à l'hôpital Cochin, le 3 août pour une hernie crurale droite réductible. La cure radicale est pratiquée le 5 août, et le malade sort avec une paroi résistante le 27 août suivant.

Le malade est revu le 1er juin 1912, parfait état de guérison.

1910

Observation XXXVI. Dr Pierre Duval. — L... Auguste, 44 ans, employé, entre le 23 janvier 1910 à Cochin, pour une hernie crurale gauche. Le Dr Duval l'opère le 24 janvier, tombe sur un sac très petit entouré d'un paquet graisseux très gros. La paroi est refaite par le procédé de Guibé-Proust. Le malade sort le 7 février en très état.

Le 6 juin 1912 nous revoyons ce malade, très bien guéri, paroi solide, aucune trace de récidive, malgré une légère suppuration, suivie d'élimination d'un fil ayant suivi l'intervention.

Observation XXXVII. Dr Duval. — Vve M... Louise, 66

par le procédé de Proust-Guibé. La malade sort en très bon état le 25 juin. Revue le 2 juin 1912, la malade ne souffre pas, sa cicatrice est en parfait état.

Observation XLII. — Mlle P... B., 70 ans, entre le 5 septembre 1910 à l'hôpital Cochin pour une hernie crurale droite étranglée. Cure radicale, réduction d'une anse congestionnée. Sortie guérie le 29 septembre.

Le 30 mai 1912, nous revoyons la malade qui éprouve seulement quelques souffrances par suite d'un peu d'affaissement de sa paroi, mais pas de récidive, quand elle marche un peu longtemps, elle porte un bandage pour se soulager.

Observation XLIII. — C... Eugénie, 57 ans, entre à Cochin le 29 septembre 1910 pour une hernie crurale gauche étranglée. Cure radicale, résection épiploïque. Suites normales. La malade sort avec une bonne paroi le 20 octobre.

Le 1er juin, nous revoyons la malade qui ne souffre pas, paroi résistante. Aucune récidive.

1911

Observation XLIV. — B... Pauline, 74 ans, entre à l'hôpital Cochin le 19 avril 1911 à minuit pour une hernie crurale gauche étanglée.

Elle est aussitôt opérée, le sac ne contient qu'une anse intestinale sans lésions. On refait la paroi par le procédé Guibé-Proust sans drainage, et la malade sort guérie le 3 mai.

Cette malade n'a pu être retrouvée.

Observation XLV. Dr Duval. — H... Caroline, 23 ans, entre à Cochin le 10 avril pour une hernie crurale gauche, petite et réductible. Cure radicale par le procédé le 13 avril 1911. La malade sort le 27 avril.

Le 30 mai 1912. La malade est revue. Son état est très satisfaisant, elle n'a jamais souffert de sa hernie et sa paroi est parfaite.

Observation XLVI. Dr Pierre Duval. — L... Marguerite, 22 ans, entre le 27 mai 1911 à Cochin pour une hernie crurale réductible. Le Dr Duval pratique le 30 mai la cure radicale. Après des suites parfaites, la malade quitte l'hôpital le 14 juin.

Revue le 31 mai 1912. Le résultat est excellent, la malade n'a jamais souffert, sa paroi est solide, et elle prétend se porter bien mieux depuis l'opération.

Observation XLVII (Personnelle). — F... Elisa, 40 ans, entre le 21 mai à l'hôpital Péan pour une hernie crurale droite qu'elle porte depuis 2 ans, de la grosseur d'une petite noix, irréductible et un peu douloureuse.

L'opération est pratiquée le 2 juin par le Dr Rousseau en suivant exactement la méthode. La malade sort après des suites normales le 24 juin en parfait état, avec une bonne cicatrice.

Le 25 mai 1912, la malade est revue, elle est en très bon état et ne souffre aucunement de sa cicatrice.

Observation XLVIII. — M... Gaston, 40 ans, jardinier, entre à l'hôpital Cochin pour une hernie crurale droite. La cure radicale par le procédé Guibé-Proust est pratiquée le 16 juin 1911.

On isole le sac qui est vide, et on suture la paroi. Le malade sort guéri le 8 juillet 1911. Nous le renvoyons le 17 mai 1912.

Sa cicatrice est parfaite et presque totalement invisible.

Aucune trace de récidive, et le malade, quoique ayant un métier qui lui demande des efforts constants, ne s'est jamais ressenti de rien depuis l'intervention.

Observation XLIX. Dr Pierre Duval. — Vve L... Joséphine, 44 ans, entre le 22 juin 1911 à Cochin pour une hernie crurale

réductible. Le Dr Duval l'opère le 24 juin. Suites normales, et la malade sort le 11 juillet.

Le 29 mai 1912, nous retrouvons la malade, sans aucune récidive, elle est très satisfaite de son opération qui ne lui a laissé ni trace, ni souffrance.

Observation L. — A... Henri, 72 ans, entre le 2 juillet à Cochin pour une hernie crurale droite, étranglée depuis 36 heures.

La cure radicale est faite à la cocaïne locale. Réduction du contenu, une anse grêle douteuse est enfouie sur l'étendue d'une pièce de un franc. Le malade sort bien guéri le 14 juillet.

N'ayant pas laissé d'adresse à sa sortie de l'hôpital il nous a été impossible de revoir ce malade.

Observation LI. — C... Claire, 26 ans, entre dans le service du Pr Quénu à Cochin le 21 juillet 1911 pour une hernie crurale droite étranglée. Cure radicale.

Le 18 août suivant, la même malade est opérée d'une hernie crurale gauche. Les suites sont parfaites et la malade quitte l'hôpital le 8 septembre.

Le 29 mai 1912, nous revoyons la malade qui ne se ressent plus de ses hernies. Sa paroi est bien solide, et, sauf quelques douleurs passagères dont elle a quelque peu souffert les premiers temps, elle est très heureuse du résultat.

Observation LII. — S... Thérèse, 53 ans, entre à Cochin le 22 juillet pour une hernie crurale gauche étranglée. Cure radicale, pincement latéral. Suites normales, et la malade sort guérie le 6 août.

Cette malade n'a pu être retrouvée.

Observation LIII. — V... Augustine, 21 ans, entre le 27 juillet 1911 à Cochin pour une hernie crurale droite, réductible. La cure radicale est pratiquée le 29 juillet et le malade sort guérie le 14 août. Revue le 1er juin 1912, la plaie est intacte et la

paroi solide, et pourtant, 4 mois après l'opération la malade a vu survenir un petit abcès au niveau de sa suture, qui a cessé à la sortie de plusieurs catguts.

Observation LIV (Personnelle). K... Marie, 30 ans, porte une hernie crurale droite peu volumineuse, mais douloureuse.

Le 8 septembre, nous pratiquons la cure radicale en suivant exactement la méthode, et en abaissant bien, une fois le sac lié, et l'arcade incisée, le tendon conjoint ; le sac graisseux était vide, et intimement adhérent aux vaisseaux. Après des suites opératoires normales, la malade part, guérie, le 30 septembre 1911.

Nous la revoyons récemment, sa paroi est solide, et ses souffrances ont cessé depuis l'intervention.

Observation LV. — L... Louise, 42 ans, entre le 28 novembre pour une hernie crurale à l'hôpital Cochin. La cure radicale est pratiquée le 5 décembre suivant le procédé, et la malade quitte l'hôpital le 22 décembre.

Malade non retrouvée.

Observation LVI. Dr G. Küss. — B... Eugène, 40 ans, entre le 18 novembre 1911 à l'hôpital Cochin, dans le service du Pr Quénu pour une hernie crurale étranglée à droite et une hernie crurale gauche. Étant entré le 18 à 11 heures pendant la visite, il est opéré d'urgence à 11 heures 1/2 par le Dr Küss.

Les parties voisines du sac sont très infiltrées. Débridement du ligament de Gimbernat, ouverture du sac. Résection d'une partie du grand épiploon adhérent au sac, le débridement du collet du sac est assez difficile. Cure radicale par le procédé Proust-Guibé modifié, on réalise bien les deux plans. Le lendemain de l'opération, le malade, charretier alcoolique et bronchitique, fait une poussée nette de congestion pulmonaire, ventouses. Suites normales. La température tombe au-dessous de 37° dès le 3e jour, le 27, les fils sont enlevés, réunion excellente par première intention.

Le 14 décembre 1911, la hernie crurale gauche, réductible, est opérée par le Dr Küss; la cure radicale, par le procédé, se passe normalement. Le lendemain, 37° la température reste dans les jours qui suivent entre 36 et 37. Les fils sont enlevés le 21 décembre. Réunion par première intention. Le malade sort le 5 janvier avec une cicatrice en très bon état.

Le 20 mai 1912, nous voyons ce malade qui ne souffre plus, a repris son travail et se trouve, du fait de ses opérations, très soulagé. Les cicatrices sont en parfait état et les parois solides.

Observation LVII. — R... Louise, 62 ans, entre à Cochin le 20 décembre 1911 avec une hernie crurale gauche étranglée. Cure radicale, sac petit contenant une anse intestinale que l'on débride. Suites opératoires très bonnes. La malade sort le 3 janvier. Elle est revenue le 28 mai 1912, elle a une cicatrice en très bon état, ne souffre pas depuis son opération, et n'éprouve quelques douleurs passagères que lorsqu'elle se fatigue trop.

1912

Observation LVIII. B... Juliette, 48 ans, entre à Cochin le 15 janvier 1912 dans le service du Pr Quénu pour une hernie crurale réductible droite. La cure radicale est pratiquée le 18 janvier en suivant le procédé Proust-Guibé. Après des suites normales, la malade quitte l'hôpital en très bon état le 30 janvier.

Revue en mai 1912. Aucune trace de récidive, bonne paroi.

Observation LIX (Personnelle). — M... Elisa, 57 ans, entre le 13 janvier 1912 à l'hôpital Péan pour une hernie crurale droite qu'elle porte depuis 10 ans, irréductible seulement depuis 6 mois.

Le 22 janvier, cure radicale par le Dr Rousseau, épiplocèle irréductible de la grosseur d'un œuf de poule. On réséque tout l'épiploon adhérent. Réfection de la paroi par le procédé de

Proust-Guibé, et suture après interposition d'un petit drain. Le 22, température 37°4, le 23, 37°, le 24, 36°8. La malade fait le 26 un point de congestion pulmonaire avec 38°4 qui cède rapidement au traitement, fils enlevés le 29. Réunion très bonne par première intention. La malade sort guérie le 17 février.

Nous la revoyons successivement le 5, le 20 mars, puis le 25 mai 1912, et examinons sa cicatrice qui est en parfait état. Aucune souffrance pendant la marche.

Observation LX. — S... Louise, 63 ans, entre à Cochin, dans le service du Pr Quénu le 2 février 1912 pour une hernie crurale droite étanglée datant de 5 jours. La cure radicale est pratiquée le 2 février. Réfection de la paroi par le procédé de Proust-Guibé. Suites normales. La malade sort guérie le 16 mars 1912. Le 1er juin 1912, aucune récidive, la malade ne souffre plus et sa paroi semble solide.

Observation LXI (Personnelle). — D... Sarah, 25 ans, entre le 25 février 1912 à l'hôpital Péan pour une hernie crurale droite réductible et douloureuse qu'elle porte depuis 22 mois, de la grosseur d'un petit œuf de poule. Le 4 mars 1912, cure radicale par le Dr Rousseau. On résèque le sac contenant de la graisse et du liquide citrin. Réfection de la paroi en suivant exactement la méthode. Température le 5 mars 37°, le 6, 37°4. La malade sort avec une bonne paroi, bien guérie le dimanche 31 mars.

Nous la revoyons le 30 mai 1912, sa cicatrice est en très bon état, elle n'en souffre aucunement.

Observation LXII (Personnelle). — B...: Berthe, 40 ans, entre le 26 février à l'hôpital Péan pour hernie crurale droite, un peu plus grosse qu'un œuf de poule, irréductible et douloureuse, qu'elle porte depuis 2 ans, suite d'un accouchement laborieux.

Le mercredi 6 mars 1912, le Dr Rousseau l'opère, sac œdématié rempli de liquide citrin, réduction et réfection de la paroi.

Suites opératoires normales, les fils sont enlevés le 7e jour, et la malade sort le 30 mars, avec une cicatrice en très bon état.

Nous l'avons revue récemment sans trouver aucune trace de récidive.

Observation LXIII. — G... Geneviève, 64 ans entre à Cochin le 19 mars pour une hernie crurale étranglée datant de 12 heures. Cure radicale, résection épiploïque, suture de la paroi sans drain. La malade sort le 13 avril avec une bonne cicatrice.

Revue le 1er juin. Malade en bon état, sans récidive.

Observation LXIV. — P... Lucie, 47 ans entre à Cochin, dans le service du Pr Quénu le 12 mars 1912 pour une hernie crurale étranglée. Cure radicale, résection d'une portion d'intestin sphacélée. Suites normales. Sortie le 6 avril.

Le 30 mai 1912, la malade ne souffre pas, mais il reste au niveau de l'incision un petit trajet fistuleux, elle le supporte bien, il n'y a pas d'effondrement de sa paroi, et elle a pu reprendre ses occupations.

Observation LXV. — C... Thérèse, 52 ans, entre le 27 avril 1912 à l'hôpital Cochin, dans le service du Pr Quénu pour une hernie crurale étranglée.

Cure radicale immédiate. Rien de particulièrement grave, les suites sont bonnes, et la malade quitte l'hôpital, guérie, le 11 mai 1912.

Revue le 31 mai 1912. La malade est très satisfaite de son opération dont elle ne s'est pas encore ressentie, la plaie est bien cicatrisée et la paroi très solide.

RÉSUMÉ

Si nous examinons maintenant nos observations au point de vue statistique, nous voyons que sur 65 malades (et dont plusieurs avaient des hernies doubles) opérés depuis des temps qui varient de 8 ans à 3 mois, on n'observe qu'une seule récidive (n° 12).

Ce qui représente une bien faible proportion.

Nous avons recherché avec soin nos malades, quelques-uns n'ont pu être retrouvés, soit qu'ils aient donné dans les hôpitaux où on les a opérés des adresses fantaisistes, ou bien qu'ils n'aient pas de domicile, soit enfin qu'ils aient quitté leur demeure sans laisser aucune indication

Sur le nombre, nous rapportons trois cas de morts post-opératoires, après des étranglements graves ou, opérés trop tard. Nous avons revu 45 opérés et constaté leur état, ce qui fait un chiffre assez élevé de malades revus.

« Il convient, disait Blaise, de ne pas attacher trop d'importance au petit nombre des malades revus. Il ne faut pas oublier en effet qu'il s'agit surtout d'une clientèle d'hôpital. Quand les malades reviennent, c'est que la hernie a récidivé.

« Sans aller jusqu'à prétendre que le fait d'avoir perdu de vue l'opéré est un gage de sa guérison radicale, il est certain qu'il constitue une bonne présomption. »

Nous n'irons pas jusque-là ! Mais nous pouvons néanmoins être sûrs qu'une bonne partie des 17 malades que nous n'avons pu retrouver, n'avaient pas récidivé.

Quant à notre unique récidive, d'après la lecture de l'observation, on pourra se rendre compte qu'elle provient d'un cas difficile de hernie oblique externe où tous les procédés quels qu'ils soient auraient certainement échoué. Ce n'est pas là un accident en défaveur du procédé, et la grande majorité des cas montre que la méthode est efficace.

CONCLUSIONS

Qu'il nous soit permis de conclure qu'à l'heure actuelle où la cure radicale de la hernie crurale s'impose dans l'immense majorité des cas, à cause de la facilité de son étranglement et de la difficulté de sa contention, le procédé de Proust et Guibé, avec les légères modifications de technique que nous lui apportons, semble être une des méthodes de choix. Il se recommande parce que :

1° Il oblitère et supprime le canal crural par ses deux plans de sutures musculaires résistantes ;

2° Il renforce par contre-coup la région inguinale, au lieu de l'affaiblir, comme risquent de le faire les procédés qui, pour aborder la hernie crurale, utilisent la voie inguinale ;

3° Il détruit toute amorce péritonéale pouvant favoriser une récidive, par suite de la dissection complète de la séreuse et de la fixation haute du pédicule ;

4° Enfin il est simple et clair ; c'est un procédé absolument anatomique, d'une exécution facile ;

Nous apportons à l'appui de ce que nous voulons prouver les observations de 65 malades opérés depuis un temps variant de 8 ans à 3 mois, et recherchés par

nous récemment. Nous savions que les résultats immédiats étaient bons, le nombre de ces observations provenant de divers chirurgiens, prouvera sûrement, nous l'espérons, que, la récidive étant exceptionnelle (1 cas sur 65) et les résultats éloignés excellents, c'est là réellement une bonne méthode opératoire.

Vu :
Le Président de Thèse,
KIRMISSON.

Vu :
Le Doyen,
L. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Affre (E.). — *De l'opération de la hernie étranglée sans ouverture du sac.* Paris, 1876.

Autefage. — *Résultats éloignés de la cure radicale des hernies crurales et inguinales.* Thèse, Paris, 1905-1906, p. 280.

Bax. — *De l'étranglement des hernies crurales par l'anneau crural.* Thèse, Paris, 1869.

Bérard. — (Communication au *Congrès international de chirurgie.* Bruxelles, 1908).

Berger. — In *traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, t. VI, p. 299.

— *Bulletin et memorandum de la Société de Chirurgie,* 1892, n. s., t. XVIII, p. 341.

— Résultat de l'exam., p. 46, et Diagnostic et traitement de la hernie crurale chez la femme. *Bullet. méd.,* 26 mai 1895, p. 503.

Bonomo (L.). — Sur la cure radicale de la hernie crurale. Considér. anatom. et nouvelle méthode opératoire. *13e Congr. intern. de méd. Paris,* 1900, Sect. de chir. gén., p. 610.

Bresset. — Thèse, Paris, 1895.

Bufnoir. — Thèse, Paris, 1900-1901.

Camson. — Thèse, Lyon, 1893.

Cantas (M.). — Sur un nouveau procédé de cure radicale des hern. crur. *J. de chir. et ann. de la Soc. belge de chirurgie,* 1906, VI, p. 12.

Championnière (J.-L.). — *Chirurgie antiseptique.* Paris, 1880, p. 278.

— *Journal de médecine et de chirurgie pratique,* 1893.

Championnière (J.-L.). — La hernie crurale et son traitement. *Revue int. de méd. et de chirurgie,* 1904, XV, p. 199.

Chaput (H.). — Hernie crurale droite vol. contenant le cæc. et l'append. *Soc. anat.*, 1887.

— *Société de chirurgie,* 1900, p. 154.

— Cure radicale de la hernie crurale par le procédé du rideau et de la suture des gaines. *Presse médicale,* 2 juillet 1904, p. 417, 418, t. XII, n° 53.

Collinet. — *Bulletin de la Société anatomique,* 1890.

Cooper. — *Traité des hernies de l'abdomen,* traduction de Chassaignac, p. 2837.

Delagénière (H.). — Nouveau procédé de cure radicale de la hernie crurale. *Archives provinc. de chirurgie,* 1er février 1896, n° 2, p. 61.

Delore. — Deux cas de hernies crurales volum. *Gaz. hebdom.*, 1898, p. 627.

Demirleau (A.). — *Les procédés modernes de cure rad. des hernies crurales, et le nouveau procédé du Dr H. Delagénière.* Thèse, Paris, 1897-98, n° 70.

Demeaux. — *Sur les hernies crurales.* Thèse, Paris, 1843.

Desmarest. — Cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale. *Paris médical,* 24 février 1912, p. 312.

Després. — *De la hernie crurale.* Thèse, concours 1863.

— Hernie volumineuse chez un vieillard de 76 ans. *Soc. méd. d'Anvers,* 1891.

Douhairet (L.). — *Étude des procédés opératoires applicables à la cure radicale de la hernie crurale.* Thèse, Lyon, 1896, n° 1191.

Dujarier (Ch.). — Cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale. *Journal de chirurgie,* t. VIII, février 1912, p. 113.

Durand. — Un procédé de cure radicale de la hernie crurale par la voie inguinale. *Lyon médical,* 1906, CVII, p. 435-437.

Dussuc (A.). — *De la cure radicale de la hernie crurale par la voie inguinale.* Thèse, Lyon, 1900-01, n° 117.

Faligan. — Thèse, Toulouse, 1899.

Forgue (E.). — *Précis de Pathologie externe*, t. II, p. 415.

Fouré (E.). — *Du pincement latéral de l'intestin*. Thèse, Paris, 1890.

Garay (E. de). — Un nouveau procédé pour la cure radicale de la hernie crurale. In *Sem. médicale*, 23 déc. 1896, p. 516. 2e *Congrès panaméric.*, 1896.

Gesland (H.). — *De la myoplastie dans la cure radicale de la hernie crurale*. Thèse, Paris, 1896-97, n° 297.

Gosselin. — *Leçons sur les hern. abdominales* recueillies par L. Labbé. Paris, 1865, p. 398.

— Article Hernie crurale du *Dictionn. de Méd. et de Chir. prat.* Paris, 1872, t. X.

Guinement (P.). — *La cure radicale des h. crurales par voie inguinale*. Thèse, Paris, 1901-1902, n° 74.

Guérin (A.). — *Chirurgie opératoire*, 1874, p. 560.

Guibé (M.) et Proust (R.). — Cure radicale de la hernie crurale. *Presse médicale* du 5 mars 1904, p. 145-147.

Guibé (M.). — Cure radicale des hern. crur. (in *les Prosect.*), 1908, p. 46.

Iliine. — Thèse, Paris, 1901-02.

Jaboulay. — In *Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet, t. VII.

— Hernie crurale chez l'homme. *Clin. Chir.*, 1903, p. 203.

Juvara (E.). — Opération de la hernie crurale. *Paris médic.*, 27 janvier 1912, p. 201.

Keller (O.). — *Hern. crurale renfermant l'estomac*. Thèse, Berne, 1885.

Kirmisson (E.). — In *Précis de chirurgie infantile*, 1906, p. 145.

Lafont. — *Cure radicale de la hernie crurale par le procédé de Guibé et Proust*. Thèse, Bordeaux, 6 décembre 1905, n° 19.

Laurent (O.). — *Clinique chirurgicale*, 1911, p. 683.

Le Gendre. — *Sur qqs variétés rares de hernie crurale*. Paris, 1858.

Lejars (F.). — *Chirurgie d'urgence,* 1906, p. 791.

Loumeau. — *Des variétés rares de hernies crurales.* Thèse, Bordeaux, 1885.

Lowie (H.). — Contribution à la techniq. opérat. de la cure radicale de la hernie crurale. *Journ. de Chir. et Ann. de la Soc. belge de chir.,* 1907, VII, p. 55.

Malgaigne. — *Leçons cliniques sur les hernies.* Paris, 1841, p. 181.

Manec (P.). — *Sur la hernie crurale.* Paris, 1826.

Marion. — *Technique chirurgicale,* 1908, p. 495.

Mercadé (S.). — *La période post opératoire,* 1910, p. 225.

Mauviez. — Thèse, Lyon, 1893.

Monod (Ch.) et Vanverts (J.). — *Traité de technique opératoire,* 1907, t. II, p. 306 à 317.

Pauchet (V.). — Cure radicale de la hernie crurale par le procédé du clou. *La Clinique,* 1906, p. 357.

Pauchet et Ducroquet. — *Thérapeutique chirurgicale,* 1911, p. 522.

Péan (J.). — *Leçons de clinique chirurgicale,* t. II, 1879, p. 247 ; t. III, 1882, p. 569 ; t. IV, 1886, p. 772 ; t. V, 1887, p. 861 ; t. VI, 1888, p. 775 ; t. VII, 1890, p. 612 ; t. VIII, 1892, p. 709 ; t. IX, 1895, p. 727 ; t. X, 1899, p. 961.

Perriolat. — *Fréquence des hernies suivant les races et suivant les âges.* Thèse, Lyon, 1896.

Portillo. — *Plaie de la veine fémorale dans la cure de la hernie crurale.* Thèse, Paris, 1899.

Poulet. — *Congrès de Rome,* 1895.

Poullet. — Guérison des hernies inguinales et crurales par l'autoplastie tendineuse. *Gazette des hôpitaux,* 3 nov. 1896.

Pratique médico-chirurgicale, 1911, p. 406.

Proust (R.). — Chirurgie de l'appareil génital de la femme. In *prosect.* Paris, 1908, p. 19.

Renaudet (F.). — *Cure radicale de la hernie crurale par le procédé de Guibé et Proust modifié.* Thèse, Paris, 1908.

Richelot. — *Société de chirurgie,* 1892.

Rollin. — Thèse de Doctorat. Paris, 1908-1909.

Roux. — *Revue médicale de la Suisse rom.*, février 1884.

— Sur un procédé personnel de la cure radicale de la hernie crurale par le procédé du clou ou de l'agrafe de tapissier. *17e Congrès français de chirurgie*, 1904 (22 octobre), p. 658.

Schwartz. — *Congrès de chirurgie*, 1893.

Sébileau (P.). — L'anneau crural et le canal crural. *Gazette médicale de Paris*, n° 2, 10 janvier 1894.

Segond. — Thèse d'agrégation, 1883.

Termet. — *Considérations sur la hernie crurale. Cure radicale par le procédé de Lucas Championnière.* Thèse, Paris, 1898-99, n° 70, et *Hernies en général*, p. 280.

Testut et Jacob. — *Traité d'anatomie topograph.*, t. II, p. 872.

Thiéry. — *Bulletin de la Société anatomique*, juillet 1892, p. 496.

Thiriar. — *Congrès de Chirurgie*, 1893, p. 318.

Tuffier. — Opération de la hernie crurale par la voie inguinale. *Revue de Chirurgie*, 1896, t. XVI, n° 3, p. 230-248, et *Soc. de Chirurgie*, 1894.

Vallas. — Thèse, Lyon, et in th. de Dussuc. Lyon, 1901.

Vallas et Perrin. — Cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale sans fermeture de l'anneau crural (*Lyon chirurgical*, 1909, n° 7, p. 757-766.

Alberti. — *Deutsche Zeit. für Chir.*, 1895, t. XL, p. 426.

Andrassy. — *Beiträge zur klin. Chir.*, 1886, t. II, p. 503.

Axhausen. — Hern. pectin. de Clocquet. *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, 1906. t. LXXXI, p. 567.

Bardescu (Bukarest). — Die Leistenmethoden der operation der Schenkelbrüche (*Arch. für klin. Chir.*, 1908, t. LXXXV, fasc. 2, p. 453-487).

Baron. — *Correspondenzblatt für schw. Aerzte*, 1885, n° 17, et *Wiener med. Presse*, 1888, n° 34.

Berezowski (G.). — *Deutsch. Zeit. für Chir.*, 1895, t. XL, p. 338.

Berndt (F.). — Zur Radikaloperation des Schenkelbruches. *Münch. med. Woch.*, 1906, LIII, 353.

Bonsdorff (H.-J. von). — Eine methode zur Radikaloperation bei Kruralbrüchen auszuführen. *Nord. med. Ark.*, 1902, XXXV, 3e série, II, n° 7, 1, 13.

Breiter (W.). — *Beiträge zur klin. Chir.*, 1895, t. XIII, p. 692.

Brenner (A.). — Rés. du procès de Salzer. *Centr. für Chir.*, 1899, XXV, p. 1169-74.

Brunner (C.). — Herniologische Beobachtungen. *Beiträge zur klin. Chir.*, 1889, t. IV, p. 285.

Codivilla (A.). — Zur Radikaloperation der Schenkelhernien. *Centr. für Chir.*, 1898, p. 730, et *Rev. de Gyn. et de Chir.*, abd. 1898, II, p. 909.

Eck (A. von). — *Ueber die Haüfigkeit der Hernien.* Inaug. Dissert., Kiel, 1894.

Englisch. — Ueber ovarial. hernien. *Oesterr. med. Jahrb*, 1871, p. 335.

Fabricius (J.). — *Beiträge zur Chir.* Festschrift gew. Th. Billroth, p. 360, et Ueber eine neue methode der Radicaloperation von Schenkelhernien. *Centralbl. für Chir.*, 1894, XXI, p. 121, et *Münch. med. Wochens.*, 1907, LIV, 826-30.

Frank. — Die operation der Kruralen Hernie auf inguinalen Wege (*Wiener klinische Wochenschrift*, 1909, n° 39, p. 1032-1037).

Föderl. — (Offic. Protokoll der *k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien*, 27 mai 1898. In *Wiener klinische Wochenschrift*, 2 juin 1898, t. XI, n° 22, p. 545-546).

Gilli (J.). — Zur Radikaloperation des Schenkelbruches nach Lotheissen. *Zent. f. Chir.*, 1903, XXX, p. 857.

Goebel (C.). — Die principien des Bruchpfortenschlusses bei Crural-hernien unter mitteilung einer neuer methode von v. Mikulicz. *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, 1904, XLII, p. 486.

Hackenbruck (P.). — Osteoplastische Radikaloperation für grosse

Schenkelbruche (Cliniq. de Trendelenburg). *Beiträge zur klin. Chir.*, 1893-94, t. XI, p. 779.

Hammesfahr (A.). — Zur Radikaloperation der Schenkelhernie. *Zeit. für Chir.*, 1904, XXXI, 1269.

Hennig. — *Arch. für Gynäkol.*, t. XXV, p. 107.

Herzen (P.). — *Ueber die Technik der Radikaloper. des Schenkelbruches*, 1903, XXX, 994.

Kader (B.). — Zur Technik der Radikaloperation der kruralhernien. *Wien. klin. Wochens.*, 1906, XIX, p. 1512-1514.

Kocher. — *Corresp.blatt. f. schw. Aerzte.*

Kramer. — *Arch. f. klin. Chir.*, 1895, B. 50.

Kraske. (P.). — *Centr. für Chir.*, 1893, XX, p. 301.

Lotheissen (G.). — *Centralbl. für Chir.*, 28 mai 1898, p. 548, t. XXV, n° 21 (Zur Radikalop. der Schenkelhernien), et *Rev. de Gyn. et de Chir. abdom.*, 1898, II, 907.

Polya (E.-A.). — Ein neues Verfahren zur Radikaloperation grosser Schenkelbruche. *Zent. f. Chir.*, 1905, XXXII, p. 489.

Prokunin (A.). — Zur Anatomie und Radikalbehandlung des Schenkelbruches. *Zent. für Chir.*, 1900, XXVII, p. 820, et 1904, XXXI, p. 417.

Raffa. — *Clin. Chir.*, 1897, n° 2, et *Centralbl. f. Chir.*, 1897, p. 653.

Riedl (H.). — Die Erfolge der Radikaloperation bei crural hernien nach der methode von F. Salzer (228 cas). *Wiener klin. Wochens.*, 1904, XVIII, p. 1050-55.

Salzer (F.-A.). — Ein Vorschag zur Radikalheilung grosser. Cruralhernien. *Centr. für Chir.*, 20 août 1892, XIX, n° 33, p. 665-669.

Spencer. — *Edinburgh med. Journ.*, juillet 1855.

Spiczer. — *Wiener med. Woch.*, 1881, n° 6.

Sprengel. — Zur Technik der operativen Behandlung der Schenkelhernien. 25e *Congr. Soc. allem. de Chir.*, 1906. *Arch. f. klin. Chir.*, 1906, LXXX, p. 244 à 251.

Tausini. — *Centralbl. für Chir.*, 1886, n° 31.

Trendelenburg (F.). — Die Radikaloperation einer faustgrossen

Cruralhernia. *Deutsch. med. Wochenschrift,* n° 19, 1893, p. 449.

Wege. — Inaug. Dissert. Halle, 1887.

Weiss. — *Wiener med. Presse,* 1870, p. 750.

Wernher. — *Virchow. Hirsch Jahresbericht,* 1885.

Zuckerkandl. — Anatomischer Beitrag zur operationstechnik bei Schenkelhernien (*Arch. für Klin. Chir.*, 1883, t. XXVIII, p. 214-216.

Annandale (Th.). — Case in which a reducible oblique and direct inguinal and femoral hernia existed on the same Side and were successfully treated by operation. *Edimbourg med. journ.*, 1876, t. XXI-2° p., p. 1087-1091.

Barker. — *Brit. med. Journ.*, 1887, t. II, p. 1293.

Bennet (W.-H.). — *Loc. cit.*, p. 215.

British med. Assoc. 59th *ann. meet. Bournemouth,* 1891. A discussion on treatment of hernia by median abdominal section. *Brit. med. Journ.*, 1891, II, p. 685-691.

Buchanau. — *Brit. med. Journ.*, vol. I, 1879.

Cheyne (W. Watson). — The radical cure of hernia, with a description of a method of operating for femoral hernia. *The Lancet,* 5 nov. 1892, I, p. 1039.

Cushier (E.-M.). — *Med. record.* New-York, 1892, t. XLI, p. 471.

Edebohls (G.-M.). — The inguinal operation for femoral hernia. *Post graduate.* New-York, 1897, t. XII, p. 75-88.

Golding Bird. — *Transact. of the clin. Soc. of. London,* 1884, v. XVII, p. 210.

Gordon (T.-E.). — The radical cure of femoral hernia. *Brit. med. Journ.*, 2 juin 1900, t. I, p. 1338.

Lane (W.-A.). — *Med. Press. and circular,* 1893, n. s., t. LV, p. 405.

Lockwood. — *The Lancet,* 1893, p. 1297.

Macready. — *A treatise on rupture,* p. 154 et pl. IX, et pl. XXI.

Nicoll (J.-H.). — The radical cure of femoral hernia. *British med. Journ.*, 1902, II, p. 1521, et *Ann. of Surgery*, 1906, XLIIII, 114-132

Roberts. — *Medical News*, 21 oct. 1893.

Rossander. — *New-York med. News*, et *Virchow et Hirsch Jahrb.*, 1888, p. 92.

Spencer. — *Edinburg med. Journ.*, juillet 1855.

Stinson. — The rad. cure of femoral hernia. *Med. Record*, 1896, 5 déc.

Stonham (C.). — The radical cure of femoral hernia. *The Lancet*, 1892, II, 1198.

Wood. — *Hernia and its radical cure*. London 1886, p. 6.

Bassini (Ed.). — *Nuovo metodo operativo per la cura radicale dell' ernia crurale*. Padova, 1893, et Neue operationsmethode zur Heilung der Schenkelhernie. *Arch. für klin. Chir.*, 1894, t. XLVII, p. 1-25.

Borelius. — *Hygieia*, 1894, t. LVI, p. 346.

Cavazzani. — Un nuovo metodo di cura dell' ernia crurale. *Gaz. d. Osped. et d. Clin.*, 1903, n° 53.

Gallani (G.). — *Bull. delle sc. med. di Bologna*, série 7, t. III, 1892, p. 540.

Giordano (D.). — Sulla cura radicale dell' ernia crurale. *Gazz. med. di Torino*, 1892, t. XLIII, p. 661-666.

Leuzzi (F.). — Processo radicale per l'ernia crurale. *Clin. Chir.*, 1902, X, 674-690.

Parlavecchio (G.). — Ulteriore modificazione al processo proprio. *Il Policlinico*, 15 juin, 1900, VII, p. 334, et Operazioni radicali di hernia crurale col metodo del Ruggi modificato. *Riforma med.*, 1893, t. IX, n° 42, p. 496 et 507, 20 février.

Ruggi (G.). — Metodo operativo nuevo per la cura radicale dell' hernia crurale. *Raccoglitore medico*, 1892, 5e s., XIII, p. 277-281, et *Del metodo inguinale nella cura radicale del her-*

nia crurale. Bologna, 1893. Et *Bull. della sc. med. di Bologna*, série 7, t. III, 1892.

Triconi. — *Rev. Chir.*, 1892, p. 889.

Trocami (P.). — Modificazione al metodo Ruggi nella cura dell' hernia crurale. *Gior. med. d. r. esercito*, 1905, LIII, 737.

Vagliasindi. — Del metodo da preferire nella cura radicale dell' hernia crurale. *Gaz. med. di Roma*, 1899.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos. 1

Aperçu anatomique de la région crurale et considérations générales sur la hernie crurale. 3

Des divers procédés employés pour la cure radicale de la hernie crurale.. 7

Technique opératoire du procédé de Guibé et Proust 22

Opération de la hernie étranglée. 29

Suites opératoires. 30

Étude critique et avantages du procédé. 31

Observations. 35

Résumé. 54

Conclusions. 57

Bibliographie. 59

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.